



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

RUTE CORREIA DA SILVA MORAIS

**A LUTA DOS POVOS INDÍGENAS PELA SAÚDE E O CONTROLE
SOCIAL: A ATUAÇÃO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE
INDÍGENA NO DSEI AL/SE**

MACEIÓ

2023

RUTE CORREIA DA SILVA MORAIS

**A LUTA DOS POVOS INDÍGENAS PELA SAÚDE E O CONTROLE
SOCIAL: A ATUAÇÃO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE
INDÍGENA NO DSEI AL/SE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), na linha de pesquisa Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dr^a Maria Valéria Costa Correia

MACEIÓ

2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

M8281 Morais, Rute Correia da Silva.
A luta dos povos indígenas pela saúde e controle social: a atuação do
Conselho Distrital de Saúde Indígena no DSEI AL/SE / Rute Correia da
Silva Morais. – 2023. 169 f.: il. color.

Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de
Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 144-152.
Apêndices: f. 153-169.

1. Povos indígenas. 2. Política de saúde indígena. 3. Controle social. 4.
Indígena – Atenção diferenciada. I. Título.

CDU: 614 (=1-82)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
SOCIALPROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSS



FACULDADE DE SERVIÇO

SOCIALPROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSS

Membros da Comissão Julgadora de Defesa da Dissertação de Mestrado de RUTE CORREIA DA SILVA MORAIS, intitulada “A LUTA DOS POVOS INDÍGENAS PELA SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL: a atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena no DSEI AL/SE”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 17 de abril de 2023, às 14 horas e 30 minutos, na sala 17 da Faculdade de Serviço Social.

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA VALERIA COSTA CORREIA
Data: 03/06/2023 17:49:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Maria Valéria Costa
CorreiaPresidente

Documento assinado digitalmente
gov.br AMARO HELIO LEITE DA SILVA
Data: 04/06/2023 11:56:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Amaro Hélio Leite da Silva
Examinador Externo à Instituição -
IFAL

Documento assinado digitalmente
gov.br ARUA SILVA DE LIMA
Data: 05/06/2023 20:32:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Aruã Silva de Lima
Examinador Interno –
Ufal



A saudade tem um rosto, um nome e um sobrenome, ela se chama **João Correia de Souza**, meu inesquecível pai. Com todo meu amor, te dedico!

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda a sabedoria, meu refúgio seguro e minha fortaleza.

A ti Senhor toda honra e toda glória, sempre e em todo lugar!

A mim mesma, por cada vez que desisti de desistir, por cada vez que sequei as lágrimas e continuei mesmo diante de toda a adversidade.

Aos meus familiares que sempre acreditaram em mim, sobretudo, aos meus filhos Maria Clara Correia e João Gabriel Correia e ao meu esposo Jorge Rodrigues, por todo apoio e compreensão nos momentos de ausência e impaciência.

À minha mãe, Maria Tereza da Silva Souza, ao meu amado e inesquecível pai, João Correia de Souza (*in memoriam*) e aos meus irmãos: Wagner, Rejane, Izabel e Júnior pelo incentivo e torcida.

Ao ensino público brasileiro, e a todos que por ele lutaram e lutam, minha única oportunidade de acesso à educação, somente a ele pude recorrer, cruzando suas portas desde os meus primeiros passos, e em todos os níveis de ensino pelos quais passei.

Aos povos indígenas do Brasil, por existirem e resistirem, e sobretudo, a quem se encantou e ancestralizou lutando para que todos possam continuar existindo.

À Professora Dr^a Maria Valéria Costa Correia pela orientação, incentivo, paciência e carinho. Obrigada por compartilhar seu conhecimento com tanta generosidade.

Aos Professores Amaro Hélio Leite da Silva, Aruã Silva de Lima e Silvana Márcia de Andrade Medeiros pelas brilhantes contribuições na qualificação do meu trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção desta dissertação, que se caracteriza na concretização de um sonho, meu muito obrigada!

RESUMO

O acesso à saúde das minorias culturalmente distintas constitui-se um desafio para o sistema público de saúde brasileiro, tendo em vista suas especificidades étnicas culturais. Uma grande conquista advinda da luta dos povos indígenas é a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a qual pressupõe uma atenção diferenciada em todos os níveis de atenção à saúde. Por essa razão, esta dissertação aborda a implementação dessa política, enfatizando a luta desses povos, na implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEIs). O estudo apresentado nos remeteu aos inúmeros desafios acerca da implementação dessa política e sua luta pela garantia de uma atenção diferenciada. Partiu-se do seguinte problema de pesquisa: Qual a direção da atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), enquanto instância de controle social, para garantir a atenção à saúde dos povos indígenas no âmbito DSEI-AL/SE? Desta forma, a pesquisa tem como objetivo analisar a atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), enquanto instância de controle social, na garantia do direito à saúde dos povos indígenas no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-AL/SE), considerando suas especificidades étnicas culturais conforme preconiza a PNASPI, entre os anos de 2016 e 2019. Utilizou-se a pesquisa de natureza bibliográfica e documental, que abrangeu além de produções em torno da política de saúde indígena, do controle social, e das especificidades étnicas e culturais numa perspectiva histórica, a consulta a documentos oficiais como portarias, resoluções, normas técnicas, cartografia e 29 atas das reuniões do CONDISI, nos anos de 2016 a 2019. A coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2022 e a análise do conjunto de documentos proporcionou a compreensão acerca do protagonismo indígena frente ao seu reconhecimento étnico, a luta coletiva em prol do direito a uma política de saúde que atenda suas especificidades culturais e a participação dessa população no interior do CONDISI, de modo que nos permitiu analisar a atuação deste conselho, no que se refere à direção de suas ações frente às disputas de interesses próprios desses espaços, e sobretudo, compreender os limites postos a essa atuação, tendo em vista que a luta dos povos indígenas, que integram as classes subalternas, deve se dar também em espaços por fora dos conselhos, visto que a luta atravessa o conjunto da sociedade.

Palavras-chave: Luta dos Povos Indígenas. Política de Saúde Indígena. Controle Social. Conselho Distrital de Saúde Indígena. Atendimento diferenciado.

ABSTRACT

Access to health care for culturally distinct minorities is a challenge for the Brazilian public health system in view of its cultural and ethnic specificities. A major achievement arising from the struggle of indigenous peoples is the National Policy for Health Care for Indigenous Peoples (PNASPI), which requires differentiated care at all levels of health care. For this reason, this dissertation addresses the implementation of this policy, emphasizing the struggle of these peoples, in the implementation of the Indigenous Health Care Subsystem (SASI-SUS) and the Special Indigenous Health Districts (DSEIs). The study presented referred us to the numerous challenges regarding the implementation of this policy and its struggle to guarantee differentiated attention. The starting point was the following research problem: What is the direction of action of the District Council for Indigenous Health (CONDISI), as a body of social control, to guarantee the health care of indigenous peoples within the scope of DSEI-AL/SE? In this way, the research aims to analyze the performance of the District Council of Indigenous Health (CONDISI), as an instance of social control, in guaranteeing the right to health of indigenous peoples within the scope of the Special Indigenous Health District (DSEI-AL/SE), considering their cultural and ethnic specificities as recommended by PNASPI, between the years 2016 and 2019. Bibliographical and documentary research was used, which covered, in addition to productions around indigenous health policy, social control, and specificities ethnic and cultural aspects in a historical perspective, the consultation of official documents such as ordinances, resolutions, technical standards, cartography and 29 minutes of CONDISI meetings, from 2016 to 2019. Data collection took place from July to December 2022 and the analysis of the set of documents provided an understanding of the indigenous role in face of their ethnic recognition, the collective struggle in favor of the right to a health policy that meets their cultural specificities, and the participation of this population within CONDISI. Thus, it allowed us to analyze the performance of this council, with regard to the direction of its actions in the face of disputes of interests of these spaces, and above all, to understand the limits placed on this action, considering that the struggle of indigenous peoples, that make up the subordinate classes, must also take place in spaces outside the councils, since the struggle crosses society as a whole.

Keywords: Struggle of Indigenous Peoples. Indigenous Health Policy. Social Control. District Council of Indigenous Health. Special service.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Síntese dos princípios, das estratégias operacionais e das ações no plano local atribuídos ao modelo de atenção diferenciado na PNASPI (2002) e na literatura.....84
- Figura 2** – Organização do DSEI e seu modelo assistencial.....97
- Figura 3** – Itinerário terapêutico das comunidades indígenas para acessar a rede de cuidado.....112

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 - Frequência dos conselheiros do segmento usuários - Reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena – março de 2016 a dezembro de 2019.....	120
Gráfico 2 - Frequência dos conselheiros dos segmentos Governo e Prestadores de Serviços.....	121
Gráfico 3 - Temas mais abordados nas reuniões do CONDISI.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência dos conselheiros do segmento Governo/Prestadores de serviços nas reuniões do CONDISI – março de 2016 a dezembro de 2019.....	121
Tabela 2 – Temas mais abordados pelos conselheiros nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena – março de 2016 a dezembro de 2019.....	123
Tabela 3 – Questões tratadas nas reuniões do CONDISI ligadas a garantia de uma atenção diferenciada na saúde indígena - março de 2016 a dezembro de 2019.....	124
Tabela 4 – Questões tratadas nas reuniões do CONDISI acerca do controle social na política de saúde indígena - março de 2016 a dezembro de 2019.....	127
Tabela 5 – Questões tratadas nas reuniões do CONDISI acerca dos serviços de atenção básica e continuidade do cuidado - março de 2016 a dezembro de 2019.....	130
Tabela 6 - Deliberações e encaminhamentos dados as demandas do CONDISI a fim de garantir a implementação da política de saúde indígena - março de 2016 a dezembro de 2019.....	134

LISTA DE SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceitos Fundamentais
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
ATL	Acampamento Terra Livre
CAPAI	Casa de Apoio à Saúde do Índio
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CLSI	Conselhos Locais de Saúde Indígena
CNV	Comissão Nacional da Verdade
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNDSS	Conselho Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSPI	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio

COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DIGESE	Diretoria de Gestão da Sesai
DNER	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
EVS	Equipe Volante de Saúde
FPCONDISI	Fórum dos Presidentes do CONDISI
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPA	Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento
MIB	Movimento Indígena no Brasil
MPF	Ministério Público Federal
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NASI	Núcleo de Atenção à Saúde Indígena
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organização Social da Sociedade Civil de Interesse Público

PIASS	Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIASI	Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SISREG	Sistema de Regulação
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN	Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena
UNI	União das Nações Indígenas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A LUTA DOS POVOS INDÍGENAS PELO RECONHECIMENTO ÉTNICO, DEFESA DO TERRITÓRIO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE	24
2.1 A questão indígena e as novas sociabilidades no Nordeste	26
2.2 Reconhecimento étnico e a luta pela terra no alto sertão de Alagoas	29
2.2.1 O território e sua interação com o universo cultural e a saúde dos povos indígenas	32
2.3 A saúde das sociabilidades étnicas em Alagoas	36
3 ESTADO BRASILEIRO, POLÍTICA INDIGENISTA, SAÚDE E MOVIMENTO INDÍGENA	39
3.1 Avanços acerca dos direitos dos povos originários.....	39
3.3 Articulação dos povos indígenas em torno do Movimento Indígena no Brasil.....	44
3.4 A política indigenista e os povos indígenas na CF/88	52
3.5 A contrarreforma do Estado e o repasse da saúde indígena para as Organizações Sociais	54
3.6 Avanços e retrocessos na política indigenista pós CF de 1988	59
4 A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS E O CONTROLE SOCIAL	70
4.1 A política nacional de saúde e a saúde dos povos indígenas	70
4.2 Mobilização e luta pelo direito à saúde e a participação social	75
4.3 A perspectiva de atenção diferenciada com base na determinação de saúde dos povos indígenas	78
4.4 A relação Estado, sociedade civil e o controle social da saúde	87
4.5 O controle social na saúde indígena – conferências, conselhos e fóruns – lutas para a construção e efetivação da PNASPI	90
5 ATUAÇÃO DO CONDISI NA GARANTIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO ÂMBITO DO DSEI AL/SE	107
5.1 Estrutura da rede de serviços de saúde prestados à população indígena no DSEI AL/SE.....	108
5.2 Caracterização do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Alagoas e Sergipe Maninha Xucuru Kariri.....	116
5.3 Análise acerca da direção das ações do CONDISI na garantia da saúde dos povos indígenas de AL/SE	118
5.3.1 Participação e organização do CONDISI	119
5.3.2 Temas mais discutidos nas reuniões do CONDISI.....	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICES	153

1 INTRODUÇÃO

Os povos indígenas no Brasil vêm, ao longo dos anos, demonstrando seu papel como protagonistas de sua história na garantia de direitos e no acesso às políticas sociais, como é o caso da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Considerando sua trajetória de lutas e de resistências, esta pesquisa teve como eixo principal as lutas dos povos indígenas no campo da saúde, e, particularmente, a participação desses povos no âmbito do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) AL/SE, enquanto mecanismo de controle social.

É importante salientar que a configuração deste trabalho se dá pela minha aproximação pessoal com o objeto de estudo, que surge a partir da forte influência da minha história familiar, sendo meus avós paternos da etnia Pankararu, em Pernambuco, e sendo nós, pertencentes a etnia Katokinn, situada no Alto da Cidade de Pariconha, localizada no alto Sertão Alagoano. Ressalto que a minha trajetória familiar está inserida no grande dilema da questão indígena, pois o povo Katokinn se encontra no rol das etnias indígenas alagoanas que não tem suas terras demarcadas.

Além da trajetória de vida familiar, a proposta desta pesquisa nasce dos questionamentos construídos na minha atuação profissional e na minha graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e pós-graduação em Gestão e Controle Social das Políticas Públicas (UFAL), espaços que possibilitaram a minha aproximação do âmbito do controle social da política de saúde. E embora não tenha tido nenhuma aproximação com o tema “Saúde dos Povos Indígenas” na dimensão teórica, na prática tenho uma certa aproximação com a realidade da política de saúde vivenciada por esses povos no Sertão de Alagoas, pois, desde muito tempo, acompanho a luta dos meus parentes na busca pelo acesso aos serviços de saúde, inclusive, em muitos momentos, acolhendo-os em suas vindas para realização de consultas e exames na capital, onde, ainda estudante, por muitas vezes os abriguei e os acompanhei em seus atendimentos; realidade que muda com a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Após alguns anos, já graduada e exercendo a profissão, tive a oportunidade de ingressar no mestrado em Serviço Social na Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e com isso, a oportunidade de trazer o protagonismo indígena para a Universidade e contribuir para a discussão acerca do controle social na política de saúde indígena. Inicialmente, pretendia realizar um estudo que possibilitasse uma vivência com os povos indígenas dentro dos

territórios, por meio de uma pesquisa de campo. O fato é que diante das condições adversas às quais foi submetida a população mundial, com os impactos trazidos pela pandemia da covid-19, tornou-se totalmente inviável essa experiência em decorrência das medidas necessárias à preservação da vida humana.

Os impactos decorrentes da pandemia constituíram-se os principais desafios vivenciado neste processo, afetando atividades práticas em todos os âmbitos, com a diminuição ou interrupção de inúmeros serviços; com a determinação e a necessidade de distanciamento e isolamento social; assim como o fechamento de instituições educacionais, e a instituição, no período, do ensino remoto.

Além disso, é importante relatar que houve uma série de outros fatores que dificultaram a realização deste estudo, entre eles o fato de, na ocasião, estar atuando, no âmbito profissional, em dois serviços públicos de saúde referência para atendimento à pacientes e familiares infectados pelo vírus da covid-19, ambos no Estado da Paraíba. Além de que, com o advento da pandemia, por muitas vezes fiquei impossibilitada de retornar para minha casa, em Maceió, quando não pelo isolamento necessário para proteção de meus familiares, mas, dada às circunstâncias de não haver transporte público para o deslocamento.

Apesar dos limites colocados à realização da pesquisa, é importante registrar que esta se deu por meio da análise documental, e mesmo não sendo possível a vivência concreta da realidade dessa população, no âmbito do território, realizada por meio de uma pesquisa de campo e do contato direto com esses povos, a pesquisa possibilitou uma visão ampla acerca do objeto pesquisado.

A opção pelo “controle social na saúde dos povos indígenas” surge a partir da minha atuação como Assistente Social na política de saúde no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFCG), em Campina Grande, sendo esse espaço ocupacional um ambiente de estímulo ao ensino, pesquisa e extensão, fato este que me levou a, após 20 anos longe do ambiente acadêmico, desafiar-me quanto à retomada dos meus estudos, com a proposta dessa temática, que possui grande relevância para o serviço social, tendo em vista a importante contribuição do Assistente Social na atuação junto aos mecanismos de controle social.

A temática se constitui um desafio para o profissional de Serviço Social que tem uma prática alinhada ao seu aporte teórico, que é comprometido com os interesses das classes subalternas. Considerando o conhecimento acerca dos determinantes e das formas de reprodução das desigualdades sociais que exige da profissão um posicionamento comprometido com a luta em favor da garantia e proteção dos direitos, foi que fiz a opção pela linha de pesquisa questão social, direitos sociais e serviço social.

Apesar de ainda ser escassa a produção de pesquisa sobre a questão indígena na área de Serviço Social, entende-se como necessário o debate entre o Serviço Social, o controle social e a questão indígena, sobretudo pelo fato de a questão indígena estar atrelada à questão étnico racial, e o projeto ético-político do serviço social estar pautado na defesa e superação de toda forma de opressão, exploração, desigualdades.

A relevância desta pesquisa pode ser reafirmada a partir de um importante questionamento do Conselho Federal de Serviço Social na abertura do documento “CFESS Manifesta”, de 19 de abril de 2012, ocasião em que “O CFESS, portanto, se manifesta a favor da necessidade de compreendermos essa realidade de múltiplas diversidades, como mais um desafio que se coloca para a defesa do nosso projeto ético-político profissional!” (CFESS, 2012, on-line).

Por que essa temática vem demandando inserção na pauta da agenda do Serviço Social brasileiro? Sabemos que o/a assistente social teve, historicamente, seu campo profissional concentrado no espaço urbano. Todavia, esse campo profissional vem se ampliando, ultrapassando as fronteiras urbanas, seguindo o rastro do acirramento das desigualdades sociais no espaço rural, provocado pela expansão do grande capital nesse âmbito. Compondo as contradições dessa expansão, vê-se a crescente inserção das chamadas populações tradicionais (índios, ribeirinhos, quilombolas, pescadores etc.) nas políticas sociais brasileiras (CFESS, 2012, on-line).

Para desenvolver o estudo acerca da participação, para fins do controle social, dos povos indígenas na política de saúde indígena, com ênfase na atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Alagoas e Sergipe, fez-se necessário estudar algumas categorias que fundamentaram o estudo e possibilitou uma maior compreensão acerca do nosso objeto de pesquisa, como: Política de Saúde, Saúde Indígena, Controle Social, e Atenção Diferenciada.

Entende-se que os avanços da participação social nas políticas públicas são inquestionáveis. Não obstante, os inúmeros desafios para efetivá-la, e desde o texto constitucional de 1988, a participação e o controle social tornaram-se um elemento político fundamental entre os movimentos sociais. Ao estabelecer que as políticas sociais fossem desenvolvidas de forma democrática, a Constituição Federal (CF) de 1988 avança na criação de mecanismos que permitem a participação em espaços de deliberações das diretrizes das políticas públicas. Nesse sentido, foram criadas instâncias colegiadas para a coordenação do conjunto das ações em saúde, instâncias que se caracterizam por meio da formação dos Conselhos e garantem a participação da sociedade por meio de suas representações na gestão das políticas públicas.

Antes de tudo, faz-se necessário compreender que a concepção acerca da relação Estado/sociedade civil aqui adotada para abordar o controle social parte da análise desenvolvida

pelo intelectual Antônio Gramsci. Para Maria Valéria Correia (2005), considerando a análise desse autor sobre essa relação, o controle social não é do Estado e nem da sociedade civil, e sim das classes sociais (CORREIA, 2005). Nesse sentido, Maria Valéria Correia (2005) afirma que

[...] o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2005, p. 64).

Desse modo, faz-se necessário ressaltar que os tensionamentos causados pelos movimentos sociais, e entre eles o movimento indígena, em determinadas conjunturas, podem levar o Estado a se reconfigurar, passando a absorver demandas relacionadas a inúmeras questões, como ocorreu com a política de saúde indígena.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, no Brasil a população indígena autodeclarada totaliza 817.963 pessoas. Os povos indígenas estão entre os grupos populacionais que lutam pelo direito à saúde e sabe-se que eles percorreram um longo caminho em defesa de seus direitos, dentre eles o de terem acesso a uma atenção à saúde diferenciada, que considere e respeite suas especificidades étnicas.

Nesse íterim, a CF/88, ao reconhecer os povos indígenas e suas organizações socioculturais, garante um atendimento diferenciado à saúde dessa população, e por meio dos seus princípios, o Sistema Único de Saúde (SUS), além de ampliar a cobertura de saúde a todos os brasileiros, permitiu que os seus serviços fossem prestados de acordo com as especificidades de cada população. A partir daí, criou-se um modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), suporte para a criação, em 1999, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

Todavia, ainda que se possa reconhecer os avanços presentes no modelo de organização e assistência em saúde dos povos indígenas no Brasil, observa-se uma série de desafios que dificultam a efetivação de algumas ações da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas desde sua implantação, principalmente em se tratando da garantia da atenção diferenciada no atendimento a essa população nos serviços de saúde. Nesse sentido, a população indígena conta com um arcabouço jurídico e com os mecanismos de participação, como os conselhos e conferências de saúde indígena, que se apresentam como espaços legítimos de participação e controle social, que possibilitam além da permeabilização de diferentes demandas desse segmento, uma relação direta com os rumos da política de saúde a eles direcionada.

Desse modo, a presente dissertação tem como objeto de estudo a atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), enquanto mecanismo formal de participação e controle social, na garantia do direito à saúde dos povos indígenas no âmbito do DSEI, que abrange os povos indígenas de Alagoas e Sergipe, considerando suas especificidades étnicas culturais conforme preconiza a PNASPI.

Para iniciarmos o trabalho de pesquisa, lançamos mão das seguintes questões norteadoras: Qual a direção da atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena, enquanto instância de controle social, para garantir a atenção à saúde dos povos indígenas no âmbito DSEI-AL/SE? Quais os caminhos de resistência e lutas dos povos indígenas pela terra, pelo seu reconhecimento étnico e pelos demais direitos essenciais a sua existência, diante da política assimilacionistas do Estado brasileiro? Como se procederam as lutas dos povos indígenas pelo direito à saúde com um atendimento diferenciado que considere o seu território e as suas especificidades étnicas culturais nas instâncias de controle social, especialmente nas Conferências de Saúde Indígena?

Assim, foi estabelecido como objetivo geral deste estudo: Analisar a atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), enquanto mecanismo de controle social, na garantia do direito à saúde prestada aos povos indígenas no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-AL/SE), considerando suas especificidades étnicas culturais, conforme preconiza a PNASPI, no período de 2016 a 2019.

Os objetivos específicos que nortearam a análise da temática são: (1) Identificar os caminhos de resistência e luta dos povos indígenas pela terra, pelo seu reconhecimento étnico e pelos demais direitos essenciais a sua existência, diante da política assimilacionistas do Estado brasileiro; (2) Resgatar a trajetória da atuação das representações indígenas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena na construção de uma política de saúde que considere o seu território e as suas especificidades étnico culturais; e (3) Conhecer a direção da atuação do CONDISI, enquanto instância de controle social, na garantia do direito à saúde prestada aos povos indígenas no âmbito do DSEI-AL/SE.

Destacamos como método norteador da investigação, compreensão e interpretação dos dados o método crítico-dialético, cuja perspectiva fornece as bases para uma visão totalizante da realidade, que possibilitou a compreensão da problemática de saúde na realidade dessa população dentro da totalidade na qual as problemáticas das políticas públicas estão inseridas, e com isso, enxergar além do que está posto, de modo que se possa desvelar o que é aparente daquilo que é essencial apreender no processo de investigação.

Quanto aos aspectos metodológicos utilizados no desenvolvimento da pesquisa, trata-se de uma pesquisa de natureza quanti qualitativa, mas predominante qualitativa. A pesquisa quantitativa serviu de base para a qualitativa, em que é mobilizada a sistematização de informações e dados. Logo, para se alcançar o objetivo geral e específicos definido neste trabalho, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental, nas quais foram utilizadas diferentes fontes públicas.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, e nesse sentido, Antônio Carlos Gil (2008) afirma que ela “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2002, p. 44), de modo que a pesquisa foi realizada por meio da leitura e fichamento de artigos, dissertações e teses acerca do tema. Essa revisão bibliográfica possibilitou uma contextualização acerca dos povos indígenas no Brasil, que foi realizada a partir de um resgate das questões que envolvem, sobretudo, os problemas decorrentes da luta pelo seu reconhecimento étnico, pela posse da terra, sua interação com o território e o processo saúde e doença desses povos. Entre os estudiosos que tratam a temática, podemos destacar Manuela Carneiro Cunha (1992), José Maurício Arruti (1996), Christiano Barros Marinho da Silva (2003), Antônio Pacheco de Oliveira (2004), Gersem Luciano Baniwa (2006), Amaro Hélio Leite da Silva (2007), Clarice Novaes da Mota (2007), Maria Regina Celestino Almeida (2012) e Elisângela Cardoso de Araújo Silva (2020).

A pesquisa possibilitou a compreensão de aspectos da totalidade histórica, decorrentes da intensa exploração a qual esses povos foram submetidos e que os colocaram diante de situações como aldeamentos, escravidão e deslocamentos compulsórios; possibilitando, também, a análise acerca de conflitos que podem ser identificados ainda no contexto contemporâneo. A partir de pesquisa bibliográfica foi possível resgatar a história das lutas dos povos indígenas pela saúde diferenciada e abordar os aspectos teóricos que envolvem o controle social, situando o CONDISI como o mecanismo de controle social na Saúde dos Povos Indígenas, a partir de autores Luiza Garnelo (2014), Esther Jean Langdon (2014), Eliana E. Diehl (2014), Sara Emanuela de Carvalho Mota e Mônica Nunes (2018), Maria Valéria Costa Correia (2005) e Maria Inês Bravo e Maria Valéria Costa Correia (2012).

No que se refere à pesquisa documental, recorre-se a fontes diversificadas e sem tratamento analítico, que, de acordo com José Saraiva Fonseca (2002, p. 32), “são as tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão”. A pesquisa documental foi realizada por intermédio da consulta a dispositivos legais, como portarias, resoluções, normas técnicas, cartografia e as atas das reuniões do CONDISI.

Para sua realização, foram utilizadas informações obtidas por meio de diversas fontes públicas, além das Atas do CONDISI, fluxos de atendimento, manual de normas e rotina, relatórios e a Cartografia de Fatores Intervenientes da Saúde. O estudo teve como *lócus* de investigação a Casa de Apoio à Saúde do Índio (CAPAI) em Maceió, através do acesso a documentos referentes à sua logística, composição da equipe técnica, funcionamento e fluxo de acesso ao serviço, além do acesso ao acervo documental e normativo do DSEI AL/SE e das atas das reuniões do CONDISI, instância máxima de controle social na saúde indígena no âmbito do DSEI. Os documentos para realização da pesquisa foram disponibilizados por meio eletrônico, após contato com a Secretaria Nacional de Saúde Indígena (SESAI), com o Coordenador Distrital do DSEI AL/SE, Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), e com o CONDISI, por meio do seu secretário executivo.

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a dezembro de 2022, e foram tratados a partir da análise de conteúdo dos fluxogramas, relatórios, cartografia, portarias e Atas do Conselho Distrital de Saúde Indígena referentes ao período que compreende março de 2016 a dezembro de 2019, ano que antecede a pandemia da covid-19. Ressalta-se que o recorte do período estudado se deu em decorrência da descontinuidade das reuniões do CONDISI, que a partir de 2020, por necessidade do distanciamento social, a fim de conter a disseminação do novo coronavírus, impossibilitou a realização de algumas reuniões.

Para a coleta de dados e análises do problema proposto, utilizamos a abordagem qualitativa, definida por Maria Cecília de Souza Minayo (2006) como aquela capaz de incorporar à análise a questão do significado e da intencionalidade dos atos, relações e estruturas sociais, possibilitando ao pesquisador analisar com mais propriedade o conjunto de elementos que envolvem o fenômeno em estudo, os acontecimentos, as relações, os momentos e os processos como parte de um todo.

Para a análise dos dados que envolvem a discussão proposta nesse estudo foram concentrados esforços acerca do estudo das Atas do CONDISI, e demais documentos fornecidos pelo DSEI, e o processo investigativo se deu a partir da sistematização das problemáticas expressas no cotidiano dessa população e expressas no âmbito do CONDISI. Na coleta dos dados do material pesquisado foram definidas três categorias de análise estabelecidas a partir de sua reiteração, observada nas consecutivas leituras das atas, a saber: participação e controle social, continuidade do tratamento e atenção diferenciada.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. A construção da parte inicial foi realizada por meio do estudo dos artigos científicos, teses e dissertações relacionadas com as questões indígenas e trata da história de luta, resistência e do movimento indígena em torno da

construção da política de saúde indígena no Brasil. Nesse sentido, está fundamentada em estudiosos da área, dos quais podemos destacar: Poliene Soares Santos Bicalho (2010), Manuela Carneiro Cunha (1992), Gersem Luciano Baniwa (2006), Maria Helena Matos Ortolan (2006), Amaro Hélio Leite da Silva (2007), Carolina Arouca Gomes Brito (2013), Antônio Cavalcante Almeida (2018). Assim, no Capítulo I, apresentamos algumas particularidades históricas acerca dos povos indígenas no Brasil, construídas a partir de referido aporte teórico, que vai subsidiar a compreensão acerca das questões indígenas, que fundamenta os conflitos decorrentes de uma realidade cercada de violência, resistência e desigualdades, que se constituem inerentes ao avanço do capitalismo em direção às terras indígenas. Resgatou-se o caráter assimilacionistas¹ das políticas indigenistas com ênfase na atuação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e Fundação Nacional do Índio (FUNAI) no contexto da ditadura.

Tratou-se de questões acerca da invisibilidade dos povos indígenas, e nesse sentido, são apresentadas as particularidades da presença indígena no Nordeste e aspectos acerca do processo de etnogênese². Com um recorte especial para o nosso Estado, resgatamos a luta desses povos pelo acesso à terra e pelo reconhecimento étnico no alto sertão de Alagoas, de modo que se caracterizou brevemente as sociabilidades étnicas do Estado de Alagoas e, nessa ocasião, foi abordada a questão da terra como elemento básico para as demais questões indígenas, inclusive como elemento fundamental ao processo saúde e doença na cosmovisão dos povos indígenas.

No capítulo II, realizou-se um breve resgate acerca da legislação indigenista do Brasil e da realidade desses povos no contexto da ditadura empresarial militar, para que se possa vislumbrar as conquistas que são apresentadas com a eminência do protagonismo indígena por meio do movimento indígena nos anos 70, sua institucionalização nos anos 90 e suas articulações políticas nos primeiros anos do século XXI. Assim, destacamos os Povos Indígenas na Constituição Federal de 1988, o Estado e as organizações da sociedade civil na conjuntura dos anos 90 e os avanços da política indigenista com os Governos democráticos brasileiro.

A construção do terceiro capítulo desta dissertação possibilitou um resgate acerca da luta em torno da construção do SUS, da participação nos mecanismos de controle social, da PNASPI e da interculturalidade, com vistas a uma atenção diferenciada nos serviços de saúde

¹ A perspectiva assimilacionistas entendia os índios como categoria social transitória, a serem incorporados à comunhão nacional. A Constituição Federal de 1988 rompe esta tradição secular ao reconhecer aos índios o direito de manter a sua própria cultura. (<https://apib.socioambiental.org>).

² Para Bartolomé (2006) já se qualificou de etnogênese o ressurgimento de grupos étnicos considerados extintos, totalmente “miscigenados” ou “definitivamente aculturados” e que, de repente, reaparecem no cenário social, demandando seu reconhecimento e lutando pela obtenção de direitos ou recursos. (BARTOLOMÉ, pág. 40, 2006). Para o autor a etnogênese foi e é um processo histórico constante que reflete a dinâmica cultural e política das sociedades anteriores ou exteriores ao desenvolvimento dos Estados nacionais da atualidade.

que prestam assistência aos povos indígenas. Durante a sua construção, tivemos a oportunidade de refletir acerca da relação entre o Estado e a sociedade civil na perspectiva das classes subalternas, para com isso, adentrarmos no conceito de controle social. Para essa construção foram utilizadas fontes de estudiosos, como, por exemplo, Maria Valéria Costa Correia (2000), (2005), (2006), (2021), Esther Jean Langdon (2007), Maria Inês Bravo (2009), Maria Inês Bravo e Maria Valéria Costa Correia (2012), Luciana Benevides Ferreira (2012), Luiza Garnelo (2012), Carla Costa Teixeira (2017), Ana Lúcia Pontes (2019), entre outros. O estudo resultou na fundamentação teórica para estruturação e sistematização das categorias de análise acerca da política de saúde indígena, participação, controle social e atenção diferenciada.

Outrossim, no referido capítulo tratamos, brevemente, das conquistas advindas da luta coletiva, na qual se insere o movimento indígena, em torno do Movimento da Reforma Sanitária, Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde. Trata-se da participação desses povos na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e sua trajetória de luta em prol da saúde indígena, tendo como base as seis Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Foi a partir das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, mecanismos de controle social, que resgatamos os avanços decorrentes dessa luta, sobretudo no que se refere ao direito a uma atenção diferenciada à saúde, que leve em consideração suas especificidades étnicas culturais e os inúmeros contextos de saúde que forneceram as bases para a noção de interculturalidade, que pressupõe essa atenção diferenciada.

Por fim, no Capítulo IV, mapeou-se toda a estrutura da rede de serviços que presta assistência à saúde dos povos indígenas, nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade, no âmbito do DSEI AL/SE. Com isso, identificamos todos os serviços prestados à população, com definição das referências de cada etnia, equipe técnica, fluxo de encaminhamento e assistência nos casos em que são remetidos para atendimentos fora do território. Em seguida, após o estudo das 29 atas resultantes do processo de discussão sobre a política de saúde indígena no âmbito do CONDISI, no período de março de 2016 a dezembro de 2019, são apresentadas análises acerca da atuação deste conselho, no que se refere à garantia da implementação da política de saúde indígena no âmbito do DSEI AL/SE. As reflexões apresentadas são baseadas nos encaminhamentos e deliberações acerca da participação dos povos indígenas, que foi analisada a partir da interpretação do relato das referidas atas das reuniões, no período recortado.

Ao final do estudo, elaboramos as considerações finais, considerando, para tanto, a análise dos dados obtidos, tendo claro uma reflexão acerca da participação e, sobretudo, da atuação da população indígena no conselho, considerando os limites e possibilidades no que

diz respeito a essa atuação, reconhecendo, ainda, a influência do Estado dentro dessas instâncias colegiadas e na condução da política de saúde indígena, tendo em vista os desafios presentes para que os direitos garantidos em lei sejam de fato efetivados.

2 A LUTA DOS POVOS INDÍGENAS PELO RECONHECIMENTO ÉTNICO, DEFESA DO TERRITÓRIO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Sabe-se que as questões relacionadas à terra, base da problemática que envolve os povos indígenas, têm sua gênese na formação histórica do país, que se manteve como um país predominantemente agrário nas formas de organização social e econômica até meados do século XX. As transformações políticas e econômicas e a ampliação da produção industrial vão trazer profundas transformações para a realidade dos povos indígenas, que terão suas relações sociais e econômicas marcadas por inúmeras expressões da questão social, como a violência, pobreza, desemprego, que são determinadas pelas formas desiguais de distribuição das terras e os altos índices de exploração do trabalho. De acordo com Elisângela Cardoso de Araújo Silva (2020),

[...] a questão social permite explicar teoricamente as relações que se instituem no Brasil no período pós-colonial e de forma especial no período do desenvolvimento da industrialização, das relações de produção tipicamente capitalistas onde se situa a intensificação da entrada do capital nos processos de produção agrícola implicando diferentes formas de exploração de trabalhadores no campo e na cidade (SILVA, 2020, p. 43).

É importante saber que entre os fatores objetivos que marcaram a vida indígena no Brasil Colonial, destaca-se o trabalho escravo, decorrente da exploração que funda a relação entre o colonizador e os povos indígena, mas, sobretudo, parte de uma realidade que é determinada pelas pretensões do desenvolvimento capitalista. Acerca das consequências do sistema colonial, Elisângela Cardoso de Araújo Silva (2018, p. 489) salienta que “além de devastar física e culturalmente as populações originárias, também garantiu a instituição das grandes propriedades privadas nas mãos de poucos”.

A incorporação da força de trabalho indígena de forma compulsória e controlada pela violência impulsionou as condições de produção e reprodução social e econômica, e conduziu muitos grupos étnicos à vida nos aldeamentos, onde eram submetidos a punições e a catequização através das ações de missionários religiosos. Nesse contexto, tendo em vista as relações de poder, é importante frisar que a incorporação do trabalho escravo indígena não se deu sem a resistência desses povos. Esse processo é marcado por incalculáveis conflitos e muitas lutas, que é asseverado por Silva (2020, p. 58) ao afirmar que “a escravidão indígena foi acompanhada por longos séculos pela ação de resistência, conflitos, castigos entre povos originários e o colonizador”.

Diante dessa realidade, observa-se que muitos grupos étnicos se dispersaram, seja pela transição do trabalho compulsório escravizado ou pelos processos de expropriação. No século

XIX, a instituição da Lei das Terras (1850) vai legitimar o latifúndio no Brasil e favorecer economicamente as classes dominantes, favorecendo também o avanço das formas capitalistas de exploração e expropriação compulsória dos povos indígenas de suas terras.

Com isso, entende-se que os problemas dos povos indígenas estão diretamente relacionadas e são resultado dos interesses decorrentes da expansão do capital, que, entre outras coisas, estão a intensificação dos conflitos relacionados à exploração de recursos naturais e a expropriação do seu território, questões que foram determinantes para as várias transformações ocorridas ao longo da existência desses povos.

Ao longo do processo de formação do Estado-nação, os povos indígenas são submetidos às ações das políticas indigenistas, que visam a assimilação e se efetivam por meio das inúmeras justificativas para fins de usurpação de suas terras e dos territórios tradicionais. As misturas, o etnocídio, o extermínio por meio de chacinas e outras estratégias do Estado e das forças militares compõem o conjunto de ações cruciais a desterritorialização³ de muitos povos indígenas. Todas essas ações subsidiará o discurso do desaparecimento desses povos, sobretudo na região Nordeste do país. As estratégias políticas e ideológicas de incorporação desses povos à sociedade visavam responder aos interesses e aos anseios do grande capital, cujo efeito é o extermínio dos grupos étnicos na disputa pela apropriação do seu território e exploração de mão de obra.

Nesse sentido, propomo-nos neste estudo trilhar os caminhos de resistência dos povos indígenas na luta pela terra e demais direitos essenciais à sua existência, pelo seu reconhecimento étnico e pelo fim da sua invisibilidade por parte do Estado, de modo que se considera fundamental resgatar, inicialmente, de forma sintética, a trajetória da política indigenista no Brasil, pois entende-se que esse resgate é fundamental para que possamos compreender a totalidade das relações que envolvem as questões indígenas na atualidade, questões que, embora tenha origem no problema da terra, vão além da questão da terra. O resgate acerca dessas questões contribuirá para compreendermos os elementos essenciais na análise dos contextos sociais aos quais esses povos estão inseridos, contextos que refletem as precárias condições de vida e que são determinantes para a saúde dessa população.

³ De acordo com Manoel Rufino David de Oliveira (2021), “nesse contexto de desterritorialização, aponta-se a intensificação das expropriações de terras tradicionais que ocorrem em todo o território nacional, a partir da invasão, da grilagem, da proliferação de incêndios criminosos [...] Invasores expropriam as terras tradicionais, matam os indígenas que resistem à usurpação, expulsam os sobreviventes, desmatam a área, vendem as madeiras, tocam fogo na mata, iniciam as pastagens [...] A desterritorialização indígena, com efeitos genocidas, também pode ser causada pela disputa por outros recursos naturais, tais como minério, borracha e madeira” (OLIVEIRA, 2021, p. 116-117).

Assim, o estudo proposto pretende demonstrar a dinâmica dessa relação e possibilitar a compreensão acerca dos desafios postos na implementação da política de saúde direcionada a esses povos, sua trajetória nesse processo histórico de políticas ineficientes a eles dirigidas e que se complexifica em virtude da multiplicidade dos diversos contextos que habita essa população, nas diferentes regiões do país e das diferentes formas de organização e da cultura de cada povo. Destarte, pretende-se demonstrar os desafios frente à participação dessa população nas instâncias de controle social, em especial na política de saúde, a fim de romper com determinadas práticas discriminatórias e excludentes e superar os desafios decorrentes dos diferentes contextos que colocam esses povos em condições de desigualdade com os demais membros da sociedade nacional. Inicialmente, situaremos a particularidade da região Nordeste, na qual estão situados o DSEI/AL/SE e o correspondente CONDISI, que será objeto de estudo.

2.1 A questão indígena e as novas sociabilidades no Nordeste

A política indigenista de caráter assimilacionista difundida desde meados do século XVIII, e retomada com maior ênfase no século XIX, visava incorporar os povos indígenas como cidadãos civilizados, para desse modo, tomar posse dos títulos sobre suas terras. Com isso, ao longo dos anos, esses povos foram submetidos a diferentes processos de deslocamentos e reagrupamentos, situações como aldeamentos, escravidão e deslocamentos compulsórios, que por muitas vezes foram decorrentes de um processo violento do rompimento forçado entre estes e o seu território.

As formas históricas de ocupação e exploração do território brasileiro foram e são determinantes para as transformações pelas quais passaram esses povos, que vivenciaram um processo de negação do seu pertencimento étnico, condição que fez com que inúmeras etnias fossem silenciadas, como é o caso da região Nordeste do país, a qual tomaremos como referência neste estudo.

Os aldeamentos foram uma forma compulsória de rompimento com seu território para fins de expropriação de suas terras. Eles visavam o confinamento dos indígenas e através da catequização, para fins do desenvolvimento das atividades produtivas, objetivavam civilizar e transformar os povos indígenas para exploração da sua mão-de-obra. Contudo, é importante mencionar que apesar da imposição aos indígenas por meio da formação compulsória dos aldeamentos, esse processo não se deu sem conflitos e resistência desses povos.

A expropriação e a usurpação das terras indígenas já em curso com o Regulamento das Missões (1845) foram aceleradas com a aprovação da chamada Lei das Terras (1850), que vai promover o fim dos aldeamentos visando o discurso do desaparecimento dos povos indígenas, que tem como base a eliminação das diferenças e de suas particularidades étnicas.

De acordo com João Pacheco de Oliveira (2004, p. 25), as missões, “que são unidades básicas de ocupação territorial e de produção econômica tem a intenção de promover uma acomodação de diferentes culturas, homogeneizadas pelo processo da catequese e o disciplinamento do trabalho”. E, posteriormente, com a Lei das Terras, inicia-se um movimento de regularização das propriedades rurais e a extinção dos antigos aldeamentos indígenas.

Nesse sentido, na região Nordeste, com a extinção dos aldeamentos, o discurso acerca do desaparecimento dos povos indígenas se deu de forma mais enfática, de modo que ocorre um silenciamento por parte do Estado, que afirma que esses povos haviam de fato desaparecido, que haviam sido assimilados completamente ao conjunto da sociedade, e que viviam “misturados”, “confundidos com a massa da população”, sendo esse o discurso que se deu de forma categórica pelas autoridades, que visavam a ocupação de suas terras e a utilização de sua força de trabalho.

De acordo com Oliveira (2004), aos povos indígenas do Nordeste, dados como misturados, são atribuídas inúmeras características negativas, que os desqualificam e os opõem aos índios “puros” do passado. Ele acrescenta que, “ao serem destituídos de seus antigos territórios, não são mais reconhecidos como coletividade, mas referidos individualmente como ‘remanescentes’ ou ‘descendentes’” (OLIVEIRA, 2004, p. 26).

De acordo com Maria Regina Celestino de Almeida (2012, p. 23), “os povos indígenas do Nordeste nunca deixaram de existir, mas foram invisibilizados em conjunturas políticas e ideológicas desfavoráveis”. O discurso de que eles não mais existiam foi superado por meio de estudos⁴ que demonstram as diferentes formas de resistência, mobilizações e da luta desses povos contra as manifestações decorrentes das relações sócio históricas e das ações da política de extermínio e ou desaparecimento.

Baseado nos estudos de João Pacheco Oliveira (2004) e José Mauricio Arruti (1996) acerca da problemática que envolve os povos indígenas que habitam a região Nordeste do Brasil, trataremos algumas questões que possibilita a compreensão acerca de como se deu o reconhecimento étnico e os processos sociais por eles vivenciados. João Pacheco Oliveira (2004) vai afirmar que com a extinção dos antigos aldeamentos, ao final do século XIX, já não

⁴ A exemplo de: Oliveira (2004).

se falava mais em povos e culturas indígenas no Nordeste, mas esse discurso foi superado alguns anos depois, a partir do protagonismo desses povos na luta em prol do seu reconhecimento étnico oficial, do qual iremos tratar a seguir.

Com o surgimento de alguns grupos étnicos nessa região, inicialmente Fulni-ô e Pankararu, a partir das primeiras décadas do século XX, muitos outros povos indígenas do Nordeste reaparecem demandando reconhecimento do Estado. Como o Nordeste foi uma região de colonização das mais antigas e os povos indígenas viviam esse discurso do desaparecimento, esses povos passaram a se articular em busca do seu reconhecimento étnico. E, nesse sentido, seguem na luta pelo reconhecimento e assistência do órgão indigenista oficial, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que já atuava em diferentes regiões do país desde 1910, e que nas décadas seguintes passou a atuar também na região Nordeste

Como resultado dessa busca pelo reconhecimento, inicialmente, foi instalado um Posto Indígena (PI) em Fulni-ô em Águas Belas (PE), fato que chama atenção de outras comunidades, e com isso, outros grupos de remanescentes foram sendo reconhecidos por meio da sua mobilização e da articulação entre seus povos. A luta pela defesa dos seus direitos teve como ponto de partida a luta pela terra e pela visibilidade que lhes foi negada pelos dados oficiais, o que possibilitou o processo de formação de novas identidades étnicas, que é classificado por Oliveira (2004, p. 20) como “fato social que nos últimos vinte anos vem se impondo como característico do lado indígena do Nordeste é o chamado processo de etnogênese, abrangendo tanto a emergência de novas identidades como a reinvenção de etnias já reconhecidas”.

As articulações entre os povos da região vão se dando de forma que grupos que outrora se desmembraram, mas que estariam ligados por laços de parentescos, vão retomando suas tradições e se mobilizando em busca do seu reconhecimento étnico. De acordo com Arruti (1996), essas articulações entre os grupos vão dar início a uma série de reivindicações de comunidades descendentes de antigos aldeamentos indígenas, entre os anos de 1935 e 1944. E foi por meio desse processo de afirmação e reconhecimento étnico que, posteriormente, foram instalados vários Postos Indígenas em diferentes áreas do Nordeste, de modo que essa região foi palco desse processo de retomada de suas tradições e formação de novas sociabilidades.

Entre as novas sociabilidades indígenas formadas na região, neste estudo, tomamos como referência o povo indígena Geripankó, que vivenciou esse processo de reelaboração da identidade étnica no alto sertão Alagoano. A referência ao povo Geripankó em especial se dá pela minha ascendência indígena naquela região, mas, sobretudo, pela história de luta e resistência desse povo, que se insere em um processo de luta de classes, que está fundamentada na construção de um espaço de resistência contra a ditadura empresarial militar e de luta pela

terra, tornando-se referência para os demais grupos do alto sertão, e do qual tratamos brevemente nas linhas que seguem.

2.2 Reconhecimento étnico e a luta pela terra no alto sertão de Alagoas

Nas palavras de Amaro Hélio Leite da Silva⁵ (2007), a terra está na base do modo de vida indígena, e se manifesta como um problema de múltiplas determinações: social, cultural, política e econômica. Nesse sentido, a autor explica que estando a terra na base do modo de vida indígena e sendo fundamental à sua sobrevivência, a terra é meio de produção e da vida social, ao mesmo tempo, uma ameaça a sua existência, tendo em vista que esses povos não podem ser entendidos fora do processo de afirmação étnica e de sobrevivência dentro do sistema capitalista (SILVA, 2007). Desse modo, entende-se que a terra sempre esteve no centro da disputa entre índios e brancos, e de acordo com a explicação de estudioso:

[...] é justamente este o drama de quando a história branca se encontra com a história indígena; pois, se a terra, por um lado, tem um sentido integrador para a vida do índio (integrando indivíduo a comunidade e trabalho a produção), por outro lado, ela passa a ser, necessariamente, mercadoria nas mãos do branco (SILVA, 2007, p. 103).

É nessa perspectiva que o autor afirma que a questão indígena em Alagoas sempre esteve ligada à questão da luta pela terra. Desse modo, entende-se que essa luta não é só por um espaço geográfico de convivência, essa luta é bem mais complexa, sobretudo, por ser o seu espaço territorial simbólico e essencial à manutenção de sua unidade étnica, exercendo um papel fundamental na manutenção de suas relações de produção, de parentesco e ritualísticas. Desse modo, entende-se que todas as demais questões que envolvem a vida desses povos, inclusive questões relacionadas a sua saúde, relacionam-se com a terra.

Estes são fatores que levaram os povos indígenas do alto sertão de Alagoas a resistirem não apenas a ações que impunham a sua eliminação étnica e os submetiam ao processo de proletarianização como forma de sobrevivência, mas os impulsionaram à resistência, à luta contra a exploração de suas terras e de sua força de trabalho, pela demarcação de suas terras e pelo reconhecimento de novas sociabilidades naquela região.

⁵Amaro Hélio Leite da Silva é graduado em Ciências Sociais (UFAL-1998), Especialização em História do Nordeste (UFAL-2004), Mestre em Sociologia (UFAL-2005), Doutor em História (UFPE-2016), Professor e Coordenador do curso de Especialização em História de Alagoas (IFAL Campus Maceió). É coordenador do Núcleo de Estudos Afro-brasileiro e Indígena (Neabi-Ifal/Maceió) e do Grupo de Estudos, Memória, Tecnologia e Etno-história de Alagoas (GEMTEH). Membro do Conselho Editorial da Ufal, além de colaborador do suplemento Campus (Jornal O Dia) e da Coleção Índios do Nordeste: temas e problemas.

Nesse sentido, a fim de que possamos pontuar alguns aspectos da identidade e da formação das sociabilidades indígenas do sertão de Alagoas, aqui traçamos um panorama acerca da formação e da resistência desses índios, e ao tratar dos indígenas do sertão, tomamos como referência a formação étnica dos povos Geripankó, primeiro grupo indígena constituído no alto sertão de Alagoas, especificamente no município de Pariconha. O grupo étnico articula a luta no sertão de Alagoas pela terra, mas, sobretudo, a luta política contra os grandes latifundiários da região, contra a ditadura militar e contra as investidas do grande capital sobre suas terras⁶.

O surgimento dos Geripankó está ligado à resistência do tronco étnico Pankararu, localizado no Brejo dos Padres em Pernambuco. A extinção do aldeamento Brejo dos Padres provocou a dispersão de inúmeras famílias, que com o esbulho de suas terras, separaram-se e migraram em busca de novas terras e oportunidades de sobrevivência, instalando-se em outras regiões, como foi o caso do povo Geripankó. Silva (2007) afirma que foram essas dispersões que produziram novas ramificações étnicas e estão intimamente ligadas à memória da violência, que marcou a expulsão de muitas famílias do seu território.

É importante salientar que sendo a terra um elemento essencial à existência indígena, Silva (2007) ressalta que foi a resistência ao processo de tomada de suas terras, que a história indígena no Nordeste se ergueu, sendo este um problema também enfrentado pelos Geripankó, que tem sua formação étnica marcada por um processo de proletarização e de resistência.

O autor esclarece que a história dos índios Geripankó nasce ligada a troca de experiências comuns vivenciadas nos rituais e na tradição de luta dos povos Pankararu, e foi por meio do apoio Pankararu que o grupo étnico Geripankó se firmou (SILVA, 2007). O autor ressalta ainda a importância desse apoio no reconhecimento da nova etnia, como ponta de rama⁷ do tronco Pankararu, tendo em vista que esta é condição necessária ao reconhecimento oficial do parentesco desses povos por parte do Estado.

Desse modo, é necessário compreender que, nas trocas de experiências vivenciadas, destaca-se também a relação sagrada que esses povos estabelecem com a natureza, sua concepção indígena acerca da natureza, acerca da saúde e da doença, bem como a relação da natureza como essencial a saúde, e como forma de tratamento e cura.

⁶ Para maior aprofundamento acerca do tema ver: SILVA, Amaro Hélio. Serra dos Perigosos: guerrilha e índio no sertão alagoano. Edufal, 2007.

⁷ Segundo Amorim (2003), citado por Silva (2007), cada “rama de ponta” permite a formação ou o levantamento de uma aldeia com o seu nome próprio, o que só pode acontecer com o apoio do “tronco”, que oferece condições de legitimação para o reconhecimento oficial e sua posterior identificação, delimitação e demarcação de terras indígenas. (SILVA, 2007, p. 120).

No que se refere à formação da sociabilidade Geripankó, Silva (2007) comenta que:

[...] a diferença básica está na construção de uma nova área indígena de resistência, fundamentada no Ouricuri⁸ e na história de luta pela terra no alto sertão de Alagoas. Isso pelo fato de que sem a terra, o Ouricuri não existe e sem o Ouricuri, a singularidade Geripankó desaparece (SILVA, 2007, p. 120).

Nessa ocasião, o autor reitera que, apesar de considerar a importância dos elementos culturais na formação desses povos, elemento tratado por alguns estudiosos na coleção “Índios do Nordeste: temas e problemas” como sendo a base para o processo de etnogênese, ele afirma considerar esse elemento como insuficiente para explicar a etnogênese Geripankó, sem que nela esteja demarcada a linha de poder que os envolve, e afirma que a terra está profundamente ligada ao modo de vida indígena, como espaço de produção, organização política e cultural (SILVA, 2007).

Por fim, o autor conclui afirmando que classe e etnia fazem parte do processo de formação étnica Geripankó, o que não significa dizer que isso anula os demais condicionantes essenciais e sua formação - a exemplo da sua cultura, dos seus rituais e sua relação com a natureza -, pelo contrário, significa dizer que, sem a compreensão acerca das relações do modo de produção capitalista, que envolve a compreensão dos problemas relacionados a terra, não se pode apreender as demais questões que envolvem as dimensões da vida e, sobretudo, da saúde desses povos.

Dessa maneira, compreende-se que a luta e a resistência indígena no sertão de Alagoas aparecem de várias formas, sobretudo, quando os indígenas se inserem em espaços brancos, a fim de afirmarem sua resistência política, sem, contudo, distanciar-se das suas tradições, rituais e do cotidiano de resistência do seu povo. E nesse sentido pode-se compreender também a inserção desses povos nas instâncias de participação, nos espaços de tomadas de decisões, espaços de discussão indígenas e não indígenas, a exemplo dos conselhos e conferências de saúde, e demais espaços de diálogos interculturais que busquem o fortalecimento das discussões referente às questões indígenas.

Assim, pode-se afirmar que a história dos índios do sertão de Alagoas é marcada por uma trajetória de resistência étnica e política, que se insere, especialmente, no processo de luta de classes, que marca a história tanto dos indígenas quanto dos trabalhadores rurais; e isto vai

⁸ A serra do Ouricuri foi o local onde esses povos se estabeleceram, de acordo com Silva (2007) essa serra é um lugar na caatinga que guardava a fonte do Ouricuri, fonte de água salobra, mas que amenizava o sofrimento da terra seca, sem deixar esquecer as vicissitudes de quem vive o sertão. (SILVA, 2007, p.111).

fundamentar também um movimento indígena contemporâneo que identifica os novos povos indígenas na região, como é o caso de Karuazu, Katokinn, Koiupanká e Kalankó.

2.2.1 O território e sua interação com o universo cultural e a saúde dos povos indígenas

Conforme Gersem dos Santos Luciano – Baniwa (2006), toda organização social, cultural e econômica de um povo indígena está relacionada a uma concepção de mundo e de vida, isto é, a uma determinada cosmologia⁹ organizada e expressa por meio dos mitos e dos ritos.

E tendo em vista a concepção indígena acerca do processo saúde e doença dessa população, entende-se que as questões indígenas estão diretamente ligadas à questão da terra, pois a saúde desses povos é resultado da interação entre terra, território e natureza, sendo elas, no entanto, indissociáveis dos demais problemas relacionados a esses povos, de modo que a terra é um elemento fundamental ao seu modo de vida, sendo imprescindível para suas relações sociais, produtivas e de saúde. Assim sendo, suas cosmovisões estão diretamente conectadas com a realidade material de seu território.

As cosmovisões indígenas são fontes riquíssimas de aprendizado, sobretudo no que tange aos princípios de valorização da sua ancestralidade e da natureza. O território, em suas reflexões, assume um papel além do espaço geográfico e histórico em si, apesar de também haver o reconhecimento desses aspectos. Não obstante, apresenta-se como um local sagrado, um elo entre eles, seus antepassados e toda a história de seu povo, além de ser um lugar imprescindível para manter contato com espíritos e divindades (REIS, 2021, p. 77).

Desse modo, para as populações indígenas o território representa qualidade de vida e desenvolvimento do bem viver, todas as questões relacionadas aos povos indígenas são influenciadas por questões territoriais e, no seu universo cultural, compreende-se esse processo a partir da sua relação com a natureza¹⁰, inclusive seu processo saúde doença.

⁹ De acordo com Silva (2003), na literatura antropológica, a cosmologia é definida como “um conjunto de crenças e de conhecimentos, como o saber compósito, que abrange o universo natural e humano.

¹⁰ De acordo com Baniwa (2006), faz-se necessário entender a concepção indígena de natureza, que é substancialmente dualista, composta por seres naturais e sobrenaturais, formando um todo único. Assim, todos os seres vivos ou não-vivos, reais e materiais possuem também suas dimensões espirituais. Uma planta, por mais simples que seja, possui seu espírito, geralmente conhecido como “mãe”, uma espécie de ancestral protetor. Na literatura dos mitos, é muito conhecida a denominação “mãe d’água”, referindo-se exatamente ao espírito protetor das águas. Deste modo, quando uma pedra sagrada é violada por alguma pessoa, a “mãe” ou o “espírito” dessa pedra reagirá vingando tal violação, provocando doença e/ou morte da pessoa (BANIWA, 2006, p. 173).

Vejamos o posicionamento da União das Nações Indígenas (UNI)¹¹ (1988) acerca do conceito de saúde das populações indígenas:

a) A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à posse da terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde. b) A saúde das populações indígenas se define no contexto histórico e particular dessas populações com a sociedade nacional bem como a forma de ocupação de seu território e adjacências. c) O direito à saúde passa necessariamente pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas e por medidas que assegurem: a posse de suas terras; o respeito à sua organização político-cultural; o acesso às ações e serviços de saúde. O direito à terra, o direito de ir e vir promoção, proteção e recuperação de saúde; e a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde. d) É dever do Estado assegurar efetivamente os direitos à saúde das populações indígenas, através de uma política indigenista explícita, que contemple as especificidades tanto étnicas quanto de localização geográfica das mesmas (PONTES; MACHADO; SANTOS, 2021, p. 52-53).

A partir da compreensão acerca dessa relação e da interação dos inúmeros elementos necessários à vida e à saúde das populações, entende-se que para esses povos, o território consiste em um espaço que vai muito além do físico, geográfico para o desenvolvimento dos meios para sua subsistência. Os povos indígenas atribuem significados às relações que mantêm com a natureza e com o território.

Os povos indígenas têm um modo próprio de explicar a origem do universo e da humanidade que é transmitido de geração a geração por meio de suas narrativas, mitologia, ritos e crenças. Essas manifestações culturais constituem a cosmovisão indígena e fundamentam a organização social e a relação com o mundo físico. Desse modo, é relevante considerar também que embora os povos indígenas geralmente sejam tratados de forma homogênea, eles mantêm suas diferenças culturais, o que os distingue uns dos outros. Isso implica dizer que cada povo tem sua própria cultura e concepção territorial (OLIVEIRA, 2006, p. 13).

Nesse ínterim, para melhor compreensão acerca da concepção indígena de saúde doença, baseada em fenômenos e relações que em alguma medida se distancia do conceito biomédico ocidental, tratamos essa concepção de acordo o conceito adotado por Baniwa (2006), de que “estado de saúde e doença para os povos indígenas, em seu principal aspecto, é o resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza” (BANIWA, 2006, p. 173).

¹¹ Nas décadas de 1970 e 1980 várias iniciativas incorporam o discurso em defesa das questões indígenas no Brasil, desta maneira começam a surgir organizações da sociedade civil que desenvolviam trabalhos de apoio e proteção especificamente junto às comunidades, de modo particular a iniciativa de organização conjunta de diversas etnias indígenas, culmina com a criação da União das Nações Indígenas (UNI) na década de 1980.

Nessa perspectiva, ao tratar da relação dos povos indígenas com a natureza e as formas de contrair as doenças¹², o autor afirma que estas, podem ocorrer de forma “natural” ou diante da reação de espíritos da natureza provocados por descuido da pessoa, a qual dá causa à doença, ou ainda por feitiçaria, que consiste na ação de outras pessoas. No entanto, o respeito à maneira de cada povo ver e interpretar o mundo, suas concepções de vida, cultura, riqueza cosmológica, e suas causas místicas¹³ é que compõem o ser indígena em seus diferentes territórios.

Dessa maneira, entende-se que a relação desses povos com a natureza e o processo saúde e doença engloba dimensões que envolve o próprio indivíduo, o seu equilíbrio com a natureza, o território, sua espiritualidade, suas práticas religiosas e rituais de cura que se relacionam com sua ancestralidade. Para fundamentar a discussão acerca dessa relação de equilíbrio os dois mundos, recorreremos aos estudos de Christiano Barros Marinho da Silva (2003) e Clarice Novaes da Mota (2007), sustentados em narrativas que abordam questões relacionadas ao diagnóstico, tratamento e cura por meio de rezas, uso das plantas e do ritual sagrado do Ouricuri, realizado entre os Kariri- Xocó localizado no município alagoano de Porto Real do Colégio.

Os autores nos apresentam alguns aspectos da cosmologia que envolvem o processo de saúde doença dessa população, a partir de processos não-materiais, tendo como referência a cura a partir da prática de seus rituais que envolve os especialistas da aldeia: O pajé, curandeiro, rezador e nativos, que atuam como intermediários entre o mundo natural e espiritual, mas que em alguns casos podem ser compartilhados com conhecimento de um sistema médico¹⁴.

Partindo da relação povos indígenas, natureza e processo saúde doença, entende-se o significado e a importância da terra, território e da natureza na vida desses povos, compreende-se os danos aos quais secularmente estão expostos em decorrência da política indigenista do Estado, de modo que Mota (2007) afirma que em decorrência do processo de destribalização e perda de suas terras, incluindo as áreas sagradas para os rituais, assim como os próprios rituais,

¹² Ela é sempre adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente. A saúde sim é natural, pois é a própria vida, uma dádiva da natureza, mas cuja manutenção depende de permanente vigilância e cuidado contra os espíritos maus da natureza. A doença, portanto, é o resultado da luta interna da natureza entre os espíritos “bons” e os espíritos “maus” (BANIWA, 2006, p. 173).

¹³As práticas populares em saúde indígena constituem uma expressão de identidade cultural e evidenciam a importância do saber empírico no autocuidado observado nesses grupos sociais. Mesmo com todo o avanço biotecnológico da medicina, o saber místico e o curandeirismo seguem proporcionando contribuições e constituem uma herança de nossos antepassados, enraizada nas superstições e nos rituais religiosos do povo brasileiro. Para melhor compreensão acerca do tema ver: Oliveira CS, Leite JC. Saber e poder popular no cuidado à saúde. Saberes e Práticas: Experiências em Educação Popular e Saúde. 2011.

¹⁴De acordo com Silva (2003), “o conhecimento médico Kariri-Xocó não é autônomo, estando envolvido num processo social dinâmico e envolve uma sequência de decisões e negociações por parte das pessoas envolvidas: paciente, família, especialistas nativos e da biomedicina [...] O sistema médico Kariri-Xocó é parte de um sistema xamânico de caráter cosmológico, que não se restringe à atuação do especialista e suas técnicas de cura” (SILVA, 2003, p. 2).

foram arrebatadas de algumas tribos. No caso dos Kariri-Xocó, estes mantiveram o equivalente ao segredo com suas matas sagradas, também conhecidas - tanto rituais como matas - como Ouricuri.

O ritual do Ouricuri, acrescenta Silva (2003, p. 16), “é o ponto culminante da atividade xamanística¹⁵ entre os Kariri-Xocó. Trata-se de um espaço onde há troca de conhecimentos em relação a todo o universo simbólico e aos seus processos de cura”¹⁶. Esse ritual sagrado acontece em um local que os autores classificam como “pedaço especial de terra”, baseado na visão de mundo dos Kariris, e trata-se de uma parte da mata para onde eles vão com a intenção de se voltarem para suas raízes ancestrais. Ainda de acordo com a visão de mundo dos Kariri Xocó, acrescenta Mota (2007) que partes da mata no território do Ouricuri permitem que esses povos falem de uma “floresta de espíritos” para onde eles vão com a intenção de se voltarem para suas raízes ancestrais.

A autora acrescenta que seguindo a tradição, o ritual acontece por duas semanas no começo de cada ano e “por um número de fins de semana durante o ano” em que eles se reúnem como uma “tribo” para realizar um complexo de cerimônias mágico-religiosas, o que é definido pela autora como um processo de enculturação¹⁷, no qual apenas os membros daquele grupo podem participar. E acerca dessa relação do grupo com a natureza a autora acrescenta:

[...] as plantas são altamente respeitadas por razões variadas: como agentes de cura, assim como elementos do meio ambiente que participam da tarefa de manter o grupo vivo, tanto no nível físico quanto no nível psicológico-emocional [...] enquanto agentes curativos, as plantas têm suas dimensões, ambas, responsáveis por efetuar a cura. A mais óbvia delas- pelo menos para a concepção ocidental- é o componente bioquímico ou os princípios ativos que atuam na química do corpo humano de modo a proporcionar a cura. [...] A outra dimensão é aquela que se encontra na constituição mental- e ou cultural- dos usuários quando estes ativamente constroem, ou imaginam, os ingredientes ingeridos como capazes de carregar a doença para fora de si (MOTA, 2007, p. 136-137).

Dessa maneira, podemos compreender que a relação dos povos indígenas com a terra, o território e a natureza tem sua dimensão tanto material quanto simbólica, o respeito e a visão sagrada a ela atribuída, parte da compreensão de que dela se servem, com respeito, para garantia do seu sustento e cura de suas doenças; tendo em vista que o problema da terra leva

¹⁵O xamanismo é uma crença espiritual/religiosa que busca a força interior e o reencontro desta com os ensinamentos da natureza.

¹⁶O Ouricuri é um ritual secreto realizado pelos Kariri-Xocó desde tempos imemoriais. Mesmo após sucessivos remanejamentos compulsórios, os Kariri-Xocó conseguiram manter parte da “mata”, onde realizam o ritual. Constitui o único pedaço de vegetação nativa que restou na região. Historicamente, não se sabe como foi preservada, já que quase tudo ao redor foi devastado. Mas, os índios explicam que a razão principal é porque se trata de uma terra sagrada (SILVA, 2003).

¹⁷É o processo através do qual os indivíduos se apropriam dos elementos da cultura do grupo ao qual pertencem.

necessariamente ao problema da saúde, entendendo-a enquanto espaço de cura bioquímica, cura espiritual e pertencimento, de modo que a luta pela terra é também a luta pela saúde e pelo sagrado.

Assim, compreende-se que a terra enquanto elemento central na luta desses povos, é essencial a garantia dos demais elementos, mas, sabe-se também que a luta desses povos em prol do acesso à terra e construção de seu território encontra-se inserida num campo de disputa de grande interesse econômico, o que os colocam em contextos políticos cada vez mais complexos. Portanto, entende-se que isto vai requerer dos povos indígenas estratégias políticas de luta pela retomada de suas terras e, conseqüentemente, pela conquista dos demais direitos sociais, imprescindíveis às suas relações sociais, produtivas e de saúde.

E é nesse contexto de lutas, e em meio a inúmeros conflitos que se possibilita o processo de organização social e política desses povos em prol do reconhecimento e da garantia de políticas públicas que possam superar as muitas situações que os colocaram em posições inferiores à da sociedade brasileira. Isto significa, sobretudo, a superação de políticas indigenistas tutelares e, às vezes, genocidas de órgãos que naturalmente deveriam proteger essa população. Posto isto, nas linhas que seguiremos abordar a trajetória desses povos na luta por um modelo de política que garanta uma atenção diferenciada, que considere suas especificidades étnicas e culturais.

2.3 A saúde das sociabilidades étnicas em Alagoas

De acordo com dados do IBGE (2010), atualmente, registram-se onze (11) etnias indígenas em Alagoas: Kariri - Xocó (Porto Real do Colégio), Xucuru - Kariri (Palmeira dos Índios), Geripankó (Pariconha), Kalankó (Água Branca), Karuazu (Pariconha), Karapotó (São Sebastião), Katokinn (Pariconha), Koiupanká (Inhapi), Tingui - Botó (Feira Grande), Wassu Cocal (Joaquim Gomes) Aconã (Traipu).

De acordo com os dados publicados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Alagoas e Sergipe (DSEI AL/SE) em sua mais recente Cartografia (2021), foi possível observar que, atualmente, a população indígena que vive em seu território e são assistidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) correspondem a aproximadamente 13.641 indígenas distribuídos em 33 aldeamentos compostos pelas etnias mencionadas.

No que se refere à saúde dessa população, é importante mencionar que o DSEI é responsável pela assistência à saúde dos povos indígenas de Alagoas e Sergipe¹⁸, e de acordo com a Cartografia (2021), essa assistência abrange as 33 (trinta e três) aldeias, sendo 31 aldeias localizadas em 11 municípios alagoanos, totalizando 12.371 indígenas, e 02 aldeias em Sergipe, com população de 620 indígenas. Para acesso ao detalhamento dos dados populacionais, aldeias e/ou espaços pertencentes aos aldeamentos no território do DSEI AL/SE, consultar quadro demonstrativo no Apêndice A deste estudo.

Entre as Aldeias mencionadas, 2 (duas) delas estão sendo atendidas pelos serviços de saúde, a partir da decisão do STF na ADPF 709¹⁹ (2020), ação proposta pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) durante o contexto da pandemia de covid-19, que determinou imediata extensão dos serviços de saúde para todos os povos indígenas que ainda não eram atendidos pela SESAI ou que viviam em contextos urbano. No caso do DSEI AL/SE, passaram a ser atendidas as aldeias Monte Alegre (Xucuru Kariri), no município de Palmeira dos Índios-AL, e Fulkaxó, no município de Pacatuba, em Sergipe-SE.

É importante compreender que o contexto da pandemia da covid-19 trouxe inúmeras implicações para a população mundial, mas para os povos indígenas ela trouxe desafios sem precedentes, tendo em vista a configuração de suas relações, seu modo de vida e organização nas aldeias. Além da ameaça à vida, esses povos se viram diante de práticas que ameaçavam também sua cultura, seus costumes e seus rituais sagrados.

De acordo com Maria Izabel Correia da Silva (2021), o cenário da pandemia coloca os povos indígenas diante da necessidade de se reorganizarem para fins da preservação de sua saúde e da sua cultura, sobretudo, aquela preservada na memória dos anciões das aldeias, que estão entre os mais vulneráveis aos efeitos do vírus²⁰. Nessa esteira, ela chama a atenção para o fato de que as principais estratégias de preservação e de impedimento do avanço do vírus nas aldeias “esbarram em dificuldades objetivas e de caráter estrutural, que emanam principalmente da não demarcação de seus territórios” (SILVA, 2021, p. 84).

¹⁸Na definição de um Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), leva-se em consideração sua delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno culturais das populações indígenas. O DSEI a que nos referimos neste estudo contempla as populações indígenas dos estados de Alagoas e Sergipe.

¹⁹Arguição de Descumprimento de Preceitos Fundamentais (ADPF) 709 é uma medida cautelar emitida pelo STF no contexto da pandemia da covid 19, que determina entre outras questões relacionadas aos povos indígenas, que “os serviços do Subsistema Indígena de Saúde sejam acessíveis a todos os indígenas aldeados, independentemente de suas terras estarem ou não homologadas. Quanto aos não aldeados, por ora, a utilização do Subsistema de Saúde Indígena se dará somente na falta de disponibilidade do SUS geral” (ADPF 709, p.5, 2020).

²⁰ Ver Índios e Pandemia: “Até o Ouricuri tem que esperar!”. Amaro Hélio Leite da Silva, Luiz Sávio de Almeida (Organizadores). Coleção Índios do Nordeste: Temas e problemas. Maceió – 2021. Volume XX

Assim, essas questões se asseveram quando somadas ao fato de grande parte dessa população não ter seus territórios demarcados, impactando tanto na elaboração de protocolos de isolamento social para conter a disseminação do vírus, como nas subnotificações, o que mais uma vez nos leva à reflexão acerca da demarcação territorial indígena e as implicações acerca da posse da terra para o seu modo de vida e sua saúde.

Sabe-se que o processo de demarcação dos territórios indígenas no Brasil está inserido em questões complexas, tendo em vista que grande parte dos territórios estão ocupados por posseiros, e na sua grande maioria está ligada diretamente à elite do agronegócio, ou seja, são detentores do poder econômico e, conseqüentemente, político, o que impossibilita os processos de demarcações em todo território brasileiro. Porém, cabe ressaltar que apesar dos territórios ainda não serem demarcados, os povos indígenas, em seu processo de resistência atrelado à luta pela terra, seguem em busca de outras bandeiras de luta, como é o caso da luta pela saúde.

Desse modo, os povos indígenas seguem resistindo ao longo dos séculos XX e XXI, na luta pelo seu reconhecimento étnico e pela retomada de suas terras para a construção de seus territórios²¹, tendo em vista que nele lhes é assegurado o direito à vida, à preservação de sua identidade e cultura, logo, também lhes será garantido o direito à prática de seus rituais de cura. Dado o exposto, a fim de compreendermos a noção de território não apenas como um espaço geográfico, mas como um espaço ligado às questões culturais e ritualísticas dessa população, é que tratamos brevemente acerca de questões que envolvem o universo cultural dos povos indígenas, sobretudo da saúde.

²¹Território é condição para a vida dos povos indígenas, não somente no sentido de um bem material ou fator de produção, mas como o ambiente em que se desenvolvem todas as formas de vida. Território, portanto, é o conjunto de seres, espíritos, bens, valores, conhecimentos, tradições que garantem a possibilidade e o sentido da vida individual e coletiva (BANIWA, 2006, p. 101).

3 ESTADO BRASILEIRO, POLÍTICA INDIGENISTA, SAÚDE E MOVIMENTO INDÍGENA

Foi com base na eliminação das diferenças étnicas e culturais, apoiado na perspectiva assimilacionista e tutelar, que o Estado brasileiro conduziu a política indigenista desse país. Oliveira (2018) afirma que a exclusão social e a negação de direitos sociais básicos sempre foram o tom da elite política vigente, uma vez que o projeto de poder estava pautado numa visão fundamentalmente discriminatória e de negação dos direitos socioculturais dos povos originários.

A fim de compreendermos as dimensões políticas e ideológicas que envolvem a política indigenista do Estado brasileiro, e as determinações que incorrem nos direitos dessa população que neste capítulo, destacamos algumas particularidades da referida política, à medida que buscamos tornar possível a compreensão acerca da relação entre os povos indígenas, o Estado e a sociedade brasileira. Outrossim, ao tempo que enfatizamos os avanços, contradições e continuidades decorrentes dessa relação, que estabelecerá as desigualdades étnico-raciais às quais os povos indígenas são relegados ao longo dos anos, tornamos visível a trajetória de luta e de resistência que perpassa a vida desses povos.

Desse modo, destacamos alguns avanços na política indigenista e resgatamos a organização e mobilização desses povos em torno do movimento indígena e os impactos da Constituição Federal de 1988 na política indigenista dos governos democráticos brasileiros. Assim, podemos visualizar os aspectos da realidade vivenciada pelos povos indígenas ao longo dos anos e sua luta por direitos, e, nessa direção, ao longo do texto, situamos esse percurso e tentamos retratar o movimento indígena em diferentes conjunturas.

3.1 Avanços acerca dos direitos dos povos originários

No que se refere à política indigenista, observa-se que algumas transformações ocorreram no decorrer do século XX, embora essas transformações tenham sido associadas à cultura da indiferença, invisibilidade e da negação dos direitos dos povos indígenas. Ao longo dos anos, essa política oficial foi sendo implementada como parte das estratégias do Estado de controlar a população indígena e o seu território, pois eles eram vistos como um problema que impactaria no comprometimento do desenvolvimento nacional e econômico do país.

Nesse sentido, o órgão Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPI/STN) foi constituído, em 1910, sob a justificativa de prestar assistência aos

povos indígenas. Mas é importante compreender que o objetivo principal do órgão era manter o controle sobre o acesso à terra e sobre a força de trabalho indígena. O órgão foi criado, sobretudo, com o objetivo de integração dos indígenas e os trabalhadores do campo na fundação de colônias agrícolas, que se utilizavam da sua mão-de-obra. O SPILTIN visava também a integração dos povos indígenas como trabalhadores nacionais, mas, em função da ampliação de suas demandas, por atuação a diversos grupos sociais, logo, em 1918, o órgão tornou-se Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que mantinha a premissa de integração pacífica²².

Ainda sobre a premissa do órgão institucional, que sofre uma modificação quanto à sua nomenclatura, no que se refere à sua verdadeira intencionalidade, de acordo com Arruti (1996), o órgão manteria a intenção de transformar o indígena em pequeno produtor rural capaz de se auto sustentar e se integrar ao mercado nacional de mão-de-obra. Assim, os povos indígenas, enquanto condição que deveria ser superada, viviam de forma controlada pelo Estado, vivendo sob o comando dos chefes dos postos indígenas, criado pelo SPI, que funcionava dentro das terras indígena.

Durante a atuação do SPI, os povos indígenas foram submetidos à exploração e violação de seus direitos, questões que marcaram a atuação do órgão. No que se refere à assistência à saúde instituída pelo SPI aos povos indígenas, está, sempre se revelou ineficiente e quase inexistente. De acordo com Brito e Trindade (2014):

[...] denúncias e registros sobre epidemias, falta de assistência às populações e fragilidade do SPI constavam nos relatórios e inquéritos realizados pelo Serviço, desde suas origens até, pelo menos, a década de 1950. Os problemas apontados consistem na falta de material médico, de profissionais da saúde, além de constatações de prejuízos advindos do processo do contato entre índios e brancos dado o impacto do convívio entre eles (BRITO; TRINDADE, 2014, p. 65).

Sem dúvida, as grandes distâncias geográficas e a dificuldade de acesso às áreas de população indígena, dispersa pelo interior do país, ofereciam às equipes do SPI um obstáculo real e, por vezes, intransponível, mas, o órgão não constitui nenhum tipo de estratégia para prestação de assistência à saúde dessa população, suas ações eram restritas e emergenciais, conduta que chama a atenção para todas as demais ações do órgão direcionada aos povos indígenas e demonstra a contradição entre os objetivos que lhes deu origem.

De modo que ainda nos primeiros anos da década de 1960 surgem várias denúncias acerca das violações cometidas contra os povos indígenas, que sob tutela do Estado, eram

²² Na base da unificação destas funções estava a ideia de que o 'Índio' era um ser em estado transitório. Seu destino seria tornar-se trabalhador rural ou proletário urbano. (<https://pib.socioambiental.org/>).

submetidos a inúmeros atos de violência, torturas e maus tratos. Todas as violações praticadas contra os povos indígenas se asseveram no contexto do golpe empresarial militar, a partir de 1964. Nesse contexto, a política de genocídio contra os povos indígenas foi institucionalizada, tendo em vista que, com a tomada do poder pelos militares, estes, juntamente com uma fração da sociedade burguesa, passam a orientar o Estado, baseado no planejamento econômico que dita as novas formas de acumulação do capital.

A população indígena vivenciava tempos difíceis sob o comando do regime militar instalado a partir de 1964²³, que tinha além da política indigenista a serviço dos interesses nacionais, a política desenvolvimentista patrocinada pelo capital internacional, e seus impactos sobre as terras indígenas²⁴. Com a implementação do Plano de Integração Nacional (PIN), que visava a expansão das fronteiras do país, vários atos de violência foram cometidos contra os povos e lideranças indígenas, que ao lutar por seu território eram considerados contrários à política desenvolvimentista do governo.

Nesse cenário, em algumas regiões do país, vários grupos, como movimento estudantil, sindicatos, religiosos e os povos indígenas, passam a se organizar em sua defesa, contrários ao projeto autoritário do governo. Dessa forma, ainda nos anos 1960, surge o movimento indígena brasileiro e suas primeiras manifestações, por meio do movimento denominado pan-indígena²⁵, movimento estratégico e político em torno das questões indígenas, que dava início a uma formação de consciência indígena que vai além dos interesses locais.

Ainda nesse contexto, a fim de apurar as inúmeras denúncias acerca das irregularidades cometidas pelo SPI, o Ministro do Interior²⁶ cria um inquérito com o objetivo de apurar os crimes cometidos contra os povos indígenas, pelos funcionários do órgão, que culminou no denominado Relatório Figueiredo. O relatório foi criado em 1967 pelo então procurador Jader

²³ Os povos indígenas no Brasil sofreram graves violações de seus direitos no período entre 1946 e 1988. Conforme dados dos Relatórios da Comissão Nacional da Verdade (2014), Relatórios Figueiredo (1967) e do Conselho Indigenista Missionário (CIMI).

²⁴ O regime ditatorial, conclui Neto (2014, p. 73), “valeu-se diretamente da coerção e da violência, restringiu ao limite os direitos políticos mais elementares, impediu a alternância no poder e no governo, criminalizou a atividade oposicionista, tornou o terror uma política de Estado”.

²⁵ Conforme Munduruku (2012, p. 45-52), entre características dessa consciência destacam-se: 1) o protagonismo, onde sua presença no território nacional, não mais sendo representados por outros, mas assumindo voz própria a respeito de suas necessidades e reivindicações dentro da sociedade, 2) a utilização da nomenclatura índio como ferramenta de aglutinação dos interesses das lideranças, que naquele momento buscavam estabelecer novas relações entre suas culturas e o restante da sociedade brasileira, 3) uma atitude macrorregional, onde se tem em vista o reconhecimento das diversas demandas de outros locais para além de suas próprias regiões, 4) um sentimento de solidariedade e fraternidade pelas suas diversidades vividas no país e, por fim, 5) uma postura de unidade para lutar por seus direitos de forma mais ampla, sem necessariamente abandonar suas diferenças.

²⁶ Ministro do Interior Albuquerque Lima criou um inquérito e nomeou o Procurador Jader Figueiredo para apurar as irregularidades do Serviço de Proteção aos Índios (SPI)

de Figueiredo Correia, encarregado de coordenar uma comissão de inquérito administrativo para apurar as irregularidades cometidas pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI) contra os indígenas. É importante mencionar que o Relatório Figueiredo ficou desaparecido durante 45 anos, sob a alegação de que este havia sido destruído em um incêndio no Ministério da Agricultura. Contudo, o relatório foi encontrado por pesquisadores no Museu do Índio, no Rio de Janeiro, em 2013. Das 7 mil páginas e 30 tomos que compunham a versão original, havia apenas 5 mil páginas e 29 tomos.

Embora o SPI tenha sido criado como primeira medida de proteção indigenista do governo, o relatório vai apurar inúmeras denúncias de crimes cometidos por agentes da própria estatal em parceria com fazendeiros e militares. E, acerca das ações de violência cometidas pelo órgão a esses povos, o relatório destaca chacinas como a de Itabuna, na Bahia, em que houve extermínio total dos indígenas em decorrência da inoculação do vírus da varíola naquela etnia.

O Relatório Figueiredo (1967) traz relatos de ações continuadas de violência e violações por meio de usurpação, roubo e a cessão de terras indígenas por agentes do SPI para fazendeiros e garimpeiros. O documento deixa claro que castigos como trabalho forçado e prisão em cárcere privado representavam uma relação humanizada entre os agentes do SPI para com os índios, se levado em consideração que, o relatório traz registros de crucificação, esquartejamento, massacres coletivos, extermínio por meio de dinamites atiradas de avião. Além de inoculações propositais de varíola em povoados isolados e doações de açúcar misturado a estriçnina, pesticida de alta potência (FIGUEIREDO, 1967).

O documento menciona outras duas chacinas, a do Maranhão, que foi conduzida por fazendeiros, e a chacina dos Cintas Largas, no Mato Grosso, que, de acordo com o Relatório Figueiredo (1967, p. 7), “teriam sido exterminados a dinamite atirada de avião e a estriçnina adicionada ao açúcar enquanto os mateiros os caçam a tiros de ‘pi-ri-pi-pi’ (metralhadora) e racham vivos, a facão, do púbis para a cabeça, o sobrevivente!!!”.

A conjuntura é fortemente marcada pela centralização do poder nas mãos dos militares, pela censura e a repressão, ainda nesse contexto, foi promulgada a Constituição Federal de 1967, e nela, disposições acerca da “proteção às terras ocupadas pelos silvícolas”, incluindo-as entre os bens da União, além de “assegurar aos silvícolas a posse permanente das terras que habitam e reconhecido o seu direito ao usufruto exclusivo dos recursos naturais e de todas as utilidades nelas existentes” (BRASIL, 1967).

De acordo com Cunha (2008) e Almeida (2018), a Constituição Federal de 1967 adota uma proposta integracionista sintonizada no plano internacional, buscando valores e costumes da civilização europeia para impulsionar o desenvolvimento e progresso à custa do padecimento

e do sangue de inúmeros grupos étnicos, que vivenciaram essa conjuntura com muita luta e resistência.

Foi na vigência da Constituição Federal de 1967 que foi editada a Lei 5.371/67, que trata da extinção do SPI. Além do Relatório Figueiredo, estudos acerca da atuação do SPI, naquele período, demonstram a ineficiência das ações que ele desenvolvia e, nesse sentido, pode-se afirmar que, sobretudo no período da ditadura empresarial militar, o órgão é classificado não apenas como ineficiente e inoperante, mas agiu claramente na execução de ações de violência, omissão e extermínio dos povos indígenas no Brasil.

Conforme alguns estudiosos, a exemplo de Arruti (1996), Figueiredo (1967), Souza (2015) e Bicalho (2019), em meio a inúmeras acusações, o órgão foi extinto, sendo imediatamente substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). O SPI atuou nas questões indígenas por 57 anos, quando no mesmo ano da sua extinção foi criada a Fundação Nacional do Índio²⁷. A Funai foi criada como órgão do Ministério do Interior, que era responsável pela abertura de estradas e pela política desenvolvimentista do país.

O governo militar que objetivava executar o projeto de desenvolvimento econômico do país tinha a Funai como um instrumento para a implementação desse projeto, tendo em vista sua atuação para facilitar o desenvolvimento do mesmo. E embora o discurso continuasse voltado para o protecionismo e a assistência a esses povos, pois era o órgão do Estado voltado para as demandas de proteção aos direitos indígenas, na prática, a política indigenista prestada pela Funai foi militarizada e tratada como questão de segurança nacional nos inúmeros conflitos que se acirraram pelo país. Conforme Antônio Carlos Lima de Souza (2015):

[...] a Funai viu-se engajada, sob a ditadura militar pós AI-5, na cruenta expansão sobre a Amazônia e nos planos desenvolvimentistas de integração nacional, cujos impactos sobre os povos indígenas foram internacionalmente denunciados ao longo das décadas de 1970 e 1980, somando-se a tantas outras iniquidades perpetradas em nome do futuro do Brasil (SOUZA, 2015, p. 98).

Em linhas gerais, tinha em sua atuação o mesmo objetivo do SPI, inclusive mantendo alguns dos ex-diretores do SPI na instituição. De acordo com Bicalho (2017), no final da década de 1960, as críticas ao indigenismo oficial tornaram-se mais contundentes, principalmente devido às constantes denúncias de genocídios praticados por países latino-americanos. A FUNAI, seguindo a mesma linha do governo da época, e em pouco tempo, encontra-se

²⁷ Criada em 1967 o trabalho da Funai foi diretamente influenciado pelo regime militar do governo brasileiro que via, no índio, um obstáculo ao desenvolvimento do país, posição expressa no "Estatuto do Índio", divulgado em fins de 1970 e aprovado na forma de lei em 1973. Acerca do tema, ver: <https://www.ufmg.br/brasildoc/temas/5-ditadura-militar-e-populacoes-indigenas/5-1-ministerio-dointerior-relatorio-figueiredo>.

totalmente influenciada pelo regime militar, reproduzindo a política indigenista criminosa executada pelo SPI, o que se pode constatar por intermédio de registros dos inúmeros crimes cometidos pela ditadura contra os povos indígenas. De acordo com o Relatório da Comissão Nacional da Verdade (2014):

Como resultados dessas políticas de Estado, foi possível estimar ao menos 8.350 indígenas mortos no período de investigação da CNV, em decorrência da ação direta de agentes governamentais ou da sua omissão. Essa cifra inclui apenas aqueles casos aqui estudados em relação aos quais foi possível desenhar uma estimativa. O número real de indígenas mortos no período deve ser exponencialmente maior, uma vez que apenas uma parcela muito restrita dos povos indígenas afetados foi analisada e que há casos em que a quantidade de mortos é alta o bastante para desencorajar estimativas. (RELATÓRIO DA CNV, 2014, p. 204).

Mediante toda essa conjuntura desfavorável, em que a realidade brasileira estava mergulhada no autoritarismo político, intensifica-se a luta do movimento indígena pela igualdade de direitos em relação à sociedade brasileira. Desse modo, a conjuntura dos anos de 1970 e 1980 foram marcadas pela luta em prol dos seus direitos, pelo fim da violência e da opressão decorrentes das políticas do Estado, no contexto do regime civil militar, e pela organização do movimento indígena nacional.

3.3 Articulação dos povos indígenas em torno do Movimento Indígena no Brasil

Foi nesse contexto que os povos indígenas, buscando o seu fortalecimento, através da articulação com outros setores da sociedade, dão início ao movimento indígena no Brasil, que os colocam, a partir da Constituição Federal de 1988, diante de inúmeras conquistas, as quais perpassam o reconhecimento oficial de suas organizações indígenas, o direito à posse das terras que tradicionalmente ocupam e o reconhecimento de suas especificidades étnicas culturais, das quais tratamos a seguir.

O objetivo da apresentação é proporcionar uma análise histórica acerca das ações do movimento indígena no cenário nacional, considerando o contexto político no qual essa trajetória de luta se dá, ponderando, ainda, os limites e possibilidades postos ao movimento, elementos essenciais à reflexão acerca dos desdobramentos históricos do movimento indígena no Brasil.

Conforme Poliene Soares dos Santos Bicalho (2010), a luta social indígena caracteriza-se por diferentes aspectos que se sobrepõem à motivação meramente econômica: luta por reconhecimento de direitos, por direitos diferenciados, direitos coletivos, territórios, entre outros. E é nessa perspectiva que a autora defende a ideia de que “apenas a partir da década de

1970 é que se pode falar em luta social indígena coletiva e conscientemente formada, em condições de dar lugar a um movimento social indígena no Brasil” (BICALHO, p. 81, 2010).

Mas é importante saber que os povos indígenas sempre resistiram a todo o processo de dominação a eles imposto. De acordo com Baniwa²⁸ (2006), eles sempre resistiram aos massacres e a colonização europeia por meio de suas lutas e diferentes estratégias, desde a criação de federações e confederações de diversos povos para combaterem os invasores, até suicídios coletivos. O autor acrescenta que a estratégia atual mais importante está centrada no fortalecimento e na consolidação do movimento indígena organizado, que a partir da década de 1970 vai fazer frente às articulações com outros movimentos sociais, com a sociedade nacional e a internacional.

A fim de tentar fundamentar um conceito de movimento indígena e sua relação com a comunidade, Baniwa (2006) apresenta o seguinte entendimento:

Movimento indígena, segundo uma definição mais comum entre as lideranças indígenas, é o conjunto de estratégias e ações que as comunidades e as organizações indígenas desenvolvem em defesa de seus direitos e interesses coletivos. Movimento indígena não é o mesmo que organização indígena, embora esta última seja parte importante dela (BANIWA, 2006, p. 58).

E para uma reflexão acerca do conceito de movimento social, tendo em vista que o movimento indígena está inserido no contexto desses movimentos, tomamos como referência a abordagem de Manuel Castells (1999), que, ao afirmar a dificuldade de precisar o termo movimento social, definiu-o como o conjunto de ações coletivas com um determinado propósito cujo resultado, transforma os valores e instituições da sociedade. E ainda acerca do conceito de movimentos sociais, de acordo com Maria Glória Gohn (2003), os movimentos sociais são ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas da população se organizar e apresentar duas demandas.

As definições apresentadas dialogam com a ideia aqui proposta, de que o movimento indígena se diferencia de algumas organizações, como inicialmente foi citado por meio da concepção de Bicalho (2010), pois suas ações são baseadas na articulação entre diferentes etnias na luta pelo reconhecimento de direitos iguais observadas suas especificidades, além do seu caráter de resistência, demonstrado ao longo dos séculos, nas suas relações com o Estado.

Nesse sentido, tentamos contextualizar a organização e luta desses povos, que em meio a uma conjuntura política de repressão, totalmente desfavorável, mas diante de um cenário de

²⁸ Gersem José dos Santos Luciano – Gersem Baniwa - Líder indígena, doutor em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UnB), Baniwa, nascido na aldeia Yaquirana, no Alto Rio Negro, Amazonas.

muita resistência, conseguiram legitimar o movimento indígena frente à sociedade brasileira. Junto a outros inúmeros movimentos, esses povos seguiram na luta pelo seu reconhecimento enquanto sujeito de direitos e sujeito político dessa sociedade. E aqui, faz-se necessário mencionar a luta dos povos indígenas de Alagoas, que tiveram uma atuação de destaque na construção desse movimento contextualizado pela correlação de forças que se propunha naquele período.

Toda essa memória de luta coletiva e resistência indígena, que culminou em novos formatos da política indígena, servirão de base para pensarmos os contornos e transformações vivenciadas pelos povos indígenas na contemporaneidade, que os colocam frente a velhas questões que influenciaram em sua vida e que se manifestam na atualidade com a mesma intencionalidade e devastação sobre os seus direitos.

Diante da repressão e tortura, que eram recursos comuns para impedir movimentos populares, que através de suas manifestações, viessem incitar o sistema imposto pelo regime da época, vários movimentos populares começaram a surgir no Brasil. Entre eles, o movimento indígena, que lutava, sobretudo, pelo seu reconhecimento étnico e pela terra. E diante do autoritarismo imposto pelos militares e civis articulados com o poder econômico internacional, eram considerados um obstáculo para o desenvolvimento econômico proposto pelos envolvidos no golpe.

A situação a qual esses povos estavam submetidos chamou a atenção de inúmeros setores da sociedade, dentre eles a Igreja Católica e a Universidade, sensibilizando-os acerca das questões voltadas para a população indígena. Conforme o CIMI (2008), “a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, (CNBB), abriu espaço para a criação, em 1972, de um organismo específico de pastoral indigenista, o Conselho Indigenista Missionário, CIMI²⁹”. O CIMI foi uma das instituições não governamentais indigenistas que mais influenciou a pauta de direitos dos povos indígenas do Brasil.

Foi mediante toda essa conjuntura que se intensificou a luta do movimento indígena pela igualdade de direitos em relação à sociedade brasileira, e a resistência começou a acontecer de forma organizada e coletiva. Foi ainda nesse período, diante de muitas críticas da comunidade internacional à política indigenista do Brasil, denunciando-o pela negligência

²⁹O Conselho Indigenista Missionário foi uma das poucas entidades de apoio que nasceram com uma forte presença nas áreas indígenas, ao mesmo tempo em que promovia a divulgação da causa indígena através da imprensa, e junto a igrejas e escolas. Seu apoio às assembleias inter-povos, orientado para fortalecimento do protagonismo indígena, está na origem de muitas organizações indígenas. (<https://cimi.org.br/2008>).

diante dos inúmeros crimes cometidos contra os povos indígenas, que foi aprovada a Lei 6001/1973 (Estatuto do Índio).

[...] para dar satisfação aos credores internacionais do “desenvolvimento brasileiro”, eles próprios constrangidos pelas organizações que lutavam pelos direitos indígenas, o regime militar brasileiro aprovou o Estatuto do Índio, Lei 6001/1973, de teor assimilacionista e tutelar, mas que, mesmo assim, lançou as bases que permitiram a luta pelo direito às terras que ocupavam os povos indígenas, em meio à desenfreada corrida às terras amazônicas (SOUZA, 2015, p. 98).

Contudo, faz-se necessário salientar que a criação do Estatuto do Índio (1973), embora tenha contribuído para a abertura de novos horizontes no debate às questões indígenas, manteve preservado o caráter integracionista da política indigenista³⁰,

[...] ao mesmo tempo em que foi criado um arcabouço jurídico que no discurso deveria proteger a terra e garantir os direitos das populações tradicionais, este se apresentou débil, posto que não conseguiu impedir a exploração e expropriação dos territórios indígenas e violações dos mais variados tipos, como ameaças, punições físicas, trabalho forçado, estupro, encarceramento e assassinatos. (PASSOS & BENATTI, 2020, p. 214).

O Estatuto, apesar de resguardar seu direito com relação “aos usos, costumes e tradições”, se tornou uma lei ultrapassada e contraditória. Sua atualização, proposta por meio do Projeto de Lei nº 2057/91, conhecido como Novo Estatuto dos Povos Indígenas, encontra-se paralisado há anos na Câmara Federal, sem que nunca tenha sido votado. Os princípios básicos propostos no novo estatuto propõem garantir aos povos indígenas a proteção social, cultural, territorial e jurídica, além da igualdade.

Com o início de um processo de distensão política do período ditatorial para o regime democrático³¹, em 1974, em meio aos diversos setores da sociedade e vários movimentos que reivindicavam o fim do regime autoritário no país, os povos indígenas, com o apoio do CIMI, que passaria a atuar na defesa desses povos, dão início a organização de assembleias indígenas³², que reuniam diversas lideranças e atuavam em diferentes regiões do país. E conforme Munduruku (2012), à medida que essas assembleias se multiplicavam durante a

³⁰O Estatuto do Índio “regulava a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional” (Art. 1º Lei 6.001/1973).

³¹ Período que o General Geisel assumiu a presidência da República e iniciou-se o processo de abertura política, que se concluiu em 1988, durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte e a promulgação da Constituição do Brasil (BICALHO, 2010).

³² Trata-se de inúmeros encontros que reuniram várias etnias indígenas, ocorridos no Brasil a partir de 1974, inicialmente idealizados pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI), mas com a participação direta das lideranças indígenas no processo de organização e dinamização das demandas internas necessárias à realização desses encontros (BICALHO, 2019).

década de 1970, iam revelando a existência de conflitos ocasionados pela política oficial e oferecendo a exata dimensão da situação indígena brasileira. Dá-se, dessa maneira, o início do protagonismo indígena no país, na defesa dos direitos, da cidadania indígena.

O Movimento Indígena começa a se organizar, e, através do apoio de várias organizações civis (CIMI, ABA, OAB, CEDI etc.) trouxe para a cena nacional a realidade da vida nas aldeias, a necessidade de luta por direitos à cidadania, como também faziam os trabalhadores urbanos, e a fragilidade das políticas indigenistas e do Indigenismo oficial diante das novas posições de atores sociais e sujeitos políticos mais organizados e conscientes dos seus direitos (BICALHO, 2010, p. 106).

Esse movimento foi marcado por alguns acontecimentos que esboçaram seu papel frente à luta étnica e política em busca por seus direitos. Nesse ínterim, Bicalho (2019) chama atenção para o contexto de surgimento, estruturação e organização desse movimento que de acordo com a autora foi marcado por cinco acontecimentos que delinearão o protagonismo indígena na luta por direitos: as Assembleias Indígenas; o Decreto de Emancipação de 1978; a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/Constituição de 1988; as Comemorações dos 500 anos do Brasil; e o abril Indígena/Acampamento Terra Livre, já no século XXI (BICALHO, 2019).

Baseado nos estudos da mesma autora, tratamos aqui, mesmo que brevemente, acerca de três dos movimentos que antecederam a Constituição Federal de 1988 e que delinearão o protagonismo indígena na luta por seus direitos e na busca por espaços de participação e representatividade, a saber: as Assembleias Indígenas, o Decreto de Emancipação de 1978 e a Assembleia Constituinte de 1987. É importante mencionar que os movimentos citados pela autora não resumem as diferentes formas de resistência indígena direta que ocorreu no movimento ao longo dos anos.

Partimos das assembleias indígenas, primeiro movimento que esboçou o protagonismo indígena no Brasil, caracterizado como espaços privilegiados para discutir assuntos relativos à diferentes realidades sociais de diferentes grupos étnicos, e que, conforme Bicalho (2010), no âmbito das relações entre Estado, Sociedade e Índios, emergiram como resposta aos desmandos das políticas indigenistas do governo autoritário, principalmente, quanto às invasões das terras indígenas.

As Assembleias foram fundamentais para o processo de estruturação e organização do Movimento Indígena no Brasil (MIB) e o contato entre os índios das diferentes etnias nas assembleias possibilitou que essa população pudesse compartilhar seus problemas e suas particularidades, possibilitando a compreensão da necessidade de unir forças em busca de suas conquistas. Segundo Bicalho (2019), esse contato possibilitou a percepção de que em meio às diferenças étnicas havia um problema comum a todos, a necessidade de se organizar e lutar pela

conquista dos direitos do cidadão e do direito à diferença junto ao Estado e a comunidade nacional. Acerca dessa percepção, a autora acrescenta que:

[...] foi talvez a mais importante e maior contribuição destas assembleias, que serviram de vanguarda para o surgimento de organizações indígenas mais estruturadas, como União das Nações Indígenas (UNI); além de ampliarem o conhecimento entre os indígenas de suas diferentes culturas, dos canais de reivindicações junto ao Estado (FUNAI) e reforçar a consciência e a percepção dos índios sobre os seus direitos (BICALHO, 2019, p. 175).

De acordo com o CIMI (2008), “O debate nas Assembleias revela para as lideranças indígenas que seus povos enfrentam problemas muito semelhantes, como a invasão e ocupação de suas terras, a violência e o preconceito, estimulados pela ação ou omissão das autoridades³³”.

Ainda na década de 1970, o Estado autoritário, visando emancipar as comunidades indígenas, criou o “Decreto de Emancipação de 1978”, que defendia um projeto de emancipação que visava regulamentar artigos presentes na Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973 (Estatuto do Índio). Esse foi um momento que representou grande avanço da luta da população indígena no Brasil, com marcas de sua união, resistência e organização em torno das manifestações contra o Decreto de Emancipação de 1978. Bicalho (2019) afirma que entre os anos de 1978 e 1980, “as lutas contra os projetos do regime militar de emancipação compulsória dos índios representam um marco histórico no processo de articulação entre o recém-formado movimento indígena, e as forças progressistas de apoio à causa indígena” (BICALHO, 2019, p. 180).

A imposição do Decreto foi apenas mais uma tentativa, por parte dos governos militares, que visava tornar os povos indígenas ainda mais vulneráveis à política integracionista do Estado. Conforme Bicalho (2019, p. 179), “durante os debates que perpassam o caminho da oposição ao Decreto, há uma nítida ascensão do grau de conscientização étnica por parte dos índios e uma significativa atuação da sociedade civil contra mais um ato autoritário e pernicioso do Governo ditatorial”.

A capacidade de organização e reivindicação dos povos indígenas caracterizava-se uma ameaça e incomodava o Governo autoritário, que visava emancipá-los a fim de emancipar

³³ As principais organizações indígenas locais e regionais surgem no processo de luta pela demarcação e garantia das terras, com particularidades próprias em função de distintos processos históricos e culturais, mas identificadas por objetivos similares que têm em comum a afirmação e conquista de direitos. Gradativamente pautam os temas da saúde, educação e economia com a perspectiva de assegurar políticas públicas específicas e diferenciadas. Em termos mais amplos, buscam uma relação de autonomia com o Estado, baseada no respeito à diversidade étnica e cultural (CIMI, 2008).

também as Terras da União³⁴. A proposta apresentada no Decreto trouxe grande indignação a diversos setores que faziam oposição ao governo por meio da sociedade organizada e com isso o movimento indígena ganha forças no seu processo de articulação representando um marco histórico no apoio às causas indígenas.

Como resultado dessa articulação, união e organização política, pode-se destacar a União das Nações Indígenas (UNI), criada em 1980 em Campo Grande MS, que tinha entre seus objetivos, conforme afirma Bicalho (2019):

[...] promover a autonomia cultural e a autodeterminação dos povos indígenas, promover a recuperação e garantir a inviolabilidade e demarcação de suas terras, assessorar os indígenas e suas comunidades e Nações no reconhecimento de seus direitos e na elaboração e execução de projetos culturais e de desenvolvimento comunitário (BICALHO, 2019, p. 192).

Nesse sentido, observa-se que o movimento indígena esteve ao longo dos anos inserido no conjunto dos movimentos sociais em prol da luta pela garantia de direitos e na construção de um regime democrático, plural e participativo. E é nesse contexto de debates acerca das questões indígenas que surgem inúmeras organizações indigenistas, imprescindíveis ao apoio à participação dos indígenas no contexto da Assembleia Nacional Constituinte (ANC). De acordo com Barbosa e Fagundes (2018):

A defesa de alguma representatividade indígena no âmbito da ANC decorreu sobretudo do fato de que não houve candidatos indígenas eleitos nas eleições de composição da Assembleia Constituinte. Parte fundamental dessa representatividade se deu através das lideranças indígenas organizadas em torno da União das Nações Indígenas (UNI) (BARBOSA; FAGUNDES, 2018, p. 186).

Apesar da ausência de um representante dos povos indígena na Assembleia Constituinte, foi elaborado um programa mínimo de direitos, defendido por diversos movimentos, e a participação dos indígenas se deu por intermédio dos debates acerca das questões que envolviam seus interesses, bem como na criação das propostas de emendas

³⁴ Os povos indígenas, como a maioria da população, compunham o grupo dos excluídos da distribuição da renda do país; porém, mais que isso, foram atingidos diretamente pelos grandes projetos de integração nacional postos em execução pelo governo na época, como a Transamazônica, por exemplo, que foi inaugurada “em meio a críticas pela devastação do ambiente e pela invasão de terras indígenas”. Esta obra, BR-230, um dos projetos faraônicos da administração dos militares (general Emílio Garrastazu Médici, 1969-1974) - entre tantos outros grandes projetos, e que atingiu diretamente alguns povos indígenas da Amazônia, muitos ainda sem nenhum ou pouco contato com a sociedade nacional - foi inaugurada antes de ser concluída em 1972, como parte do plano que almejava integrar e controlar o território nacional a todo custo, mesmo que para isso centenas de povos fossem sacrificados. Nessa perspectiva é que se explicava a necessidade do projeto de emancipação, cujo objetivo maior era liberar as terras indígenas para a implantação desses projetos desenvolvimentistas. Contudo, a ocupação permanente dos territórios indígenas gerou um quadro de mobilizações que começou a ganhar expressividade no país, principalmente nos setores urbanos mais desenvolvidos, contando com o apoio de diversos setores da sociedade civil (BICALHO, 2019).

populares, e especialmente através dos movimentos indígenas nas subcomissões e no plenário da Assembleia Nacional Constituinte³⁵. Desse modo, a pauta do movimento indígena foi inserida nas discussões realizadas pelos movimentos sociais no conjunto da sociedade civil, que se organizavam no debate em torno das Diretas Já.

Por intermédio da Coordenação Nacional do Movimento Indígena, formada pela UNI, foi lançada em maio de 1986 uma campanha popular em prol da luta decisiva dos índios na Constituinte. De acordo com Barbosa e Fagundes (2018), nessa campanha foram apresentados os pontos básicos necessários ao programa mínimo dos direitos indígenas na Constituinte:

a) reconhecimento dos direitos territoriais dos povos indígenas; b) demarcação e garantia das terras indígenas; c) usufruto exclusivo, pelos povos indígenas, das riquezas naturais existentes no solo e subsolo dos seus territórios; d) reassentamento, em condições dignas e justas, dos posseiros pobres que se encontram em terras indígenas; e) reconhecimento e respeito às organizações sociais e culturais dos povos indígenas (BARBOSA; FAGUNDES, 2018, p. 191).

Os autores Barbosa e Fagundes (2018) afirmam que “o programa mínimo dos direitos indígenas foi votado através das Emendas das Nações Indígenas (nº 40) e Populações Indígenas (nº 39) e em parte reconhecidos”. Expressos através do Art. 231 e 232 da Constituição Federal (1988)³⁶, “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e

³⁵ Diante da impossibilidade de alcançar a participação na ANC através da indicação da “representação especial indígena” ou da eleição de seus candidatos pela representação partidária, o movimento indígena, através da UNI, passou a investir e encaminhar sua pauta de reivindicações através do estabelecimento de um programa mínimo para os direitos indígenas na Constituinte, apoiados sobretudo pelo CIMI, INESC, CEDI e pela Comissão Pró-Índio de São Paulo (BARBOSA; FAGUNDES, 2018).

³⁶ Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. § 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias à sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições. § 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes. § 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivadas com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei. § 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis. § 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ad referendum do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco. § 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé. § 7º Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, §§ 3º e 4º. Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo (BRASIL, 1988).

tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (BRASIL, 1988).

No entanto, deve-se compreender que essas conquistas decorrem da importante projeção do movimento indígena na luta pela garantia dos seus direitos, que foi além de suas bases comunitárias e fez com que na nova Constituição fosse consolidado a vitória de suas lutas, através do Capítulo “Dos Índios”, que vai dar um novo rumo na legislação indígena do Brasil. Um novo cenário é colocado a esses povos e ao seu movimento, abrindo-se espaço para inúmeras outras pautas e reivindicações acerca da política indigenista.

Assim, faz-se necessário refletir acerca da importância de um movimento social unificado em torno de pautas comuns, como demonstra a história do protagonismo indígena, que de leis de caráter assimilacionista passam a um modelo de proteção e garantia de direitos. Sabe-se que os desafios provenientes da efetivação das leis e da luta pela garantia do que nelas estão previstos serão constantes, assim como as dificuldades e enfrentamentos em prol do movimento indígena e pela efetivação desses direitos, desafios que estarão sempre postos.

Mas, não se pode deixar de considerar a história, de rever a trajetória de luta que nela se expressa, e que tem como reflexo um arcabouço jurídico e, sobretudo, a Constituição Federal de 88 (CF/88) como uma das mais significativas conquistas da história dos Povos Indígenas no Brasil. Com ela, inicia-se também uma nova fase para os povos indígenas e para o movimento indígena no país. Tendo em vista o seu reconhecimento pelo Estado, os povos indígenas passaram a ter o direito de se representarem enquanto sujeitos de direitos, que antes, cabia apenas à Funai representá-los. Por meio de suas próprias organizações, os povos indígenas junto às suas lideranças assumem o papel de representantes de suas comunidades, por meio da participação social. Através de suas lutas e da resistência indígena no Brasil, os povos indígenas vão da assimilação ao protagonismo político, da extinção ao reconhecimento legal.

3.4 A política indigenista e os povos indígenas na CF/88

O reconhecimento dos povos indígenas pelo Estado vai inaugurar um novo cenário da política indigenista brasileira e vai expressar a mais significativa vitória da história de lutas desses povos. A eles foi reservado o Capítulo VIII “Dos índios”, da Constituição Federal de 1988, que propõe a implementação de uma política compatível com as demandas históricas e os anseios dos povos indígenas, constituindo a base legal para as suas reivindicações.

Marco regulatório em termos de reconhecimento para os povos indígenas, a Constituição Federal de 1988, rompe com o princípio integracionista e vai possibilitar o avanço

na discussão acerca do reconhecimento e dos direitos desses povos, como foi o caso de alguns instrumentos internacionais, que foram importantes instrumentos de apoio às mobilizações dos povos indígenas pelos seus direitos. Nesse sentido, podemos ressaltar instrumentos como a Convenção nº 169 de 1989 e a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas aprovada em 2007.

A Convenção nº 169 da Organização Mundial do Trabalho (OIT), sobre Povos Indígenas e Tribais reafirma o caráter essencial da terra para esses grupos por ter um valor sagrado ou espiritual, que transcende qualquer aspecto produtivo ou puramente econômico. Adotada em Genebra, no ano seguinte a Constituição Federal, mas o governo brasileiro obstruiu sua tramitação naquele período, embora a solicitação de ratificação tenha chegado ao Congresso Nacional ainda em 1991, a Convenção 169 só foi votada no final da segunda gestão no então presidente Fernando Henrique Cardoso, em 2002.

E mais recentemente, adotada e ratificada pelo Brasil em 2008, a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, que reflete as reivindicações dos povos indígenas em todo o mundo. De acordo com o Instituto Socioambiental (2021), ela é um texto extremamente avançado e, além de suas reivindicações acerca das melhorias de suas relações com os Estados nacionais, serve para estabelecer parâmetros para outros instrumentos internacionais e leis nacionais (PIB, 2021). Além de pontos como a autodeterminação, direito ao consentimento livre e direito à reparação pelo furto de suas propriedades, a declaração faz menção aos direitos às suas próprias medicinas tradicionais e no seu Art. 24 vai ressaltar o direito a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesses vital, sob o ponto de vista médico.

Mas, o que se pode observar, a partir da década de 1990, é um grande empenho de alguns setores, que tinham interesses nas terras indígenas, em alterar os direitos constitucionais relacionados aos povos indígenas, e nesse sentido, há um aumento de emendas anti-indígena e de propostas que se concentram na revogação dos direitos constitucionais. As Terras Indígenas, principal demanda desses povos, é condição fundamental para inúmeras outras questões indígenas, e têm na CF/88 um prazo de 5 anos para sua demarcação, prazo que se expirou em 1993, sem que o processo de demarcação tenha sido concluído³⁷. O impasse se deu em decorrência do acirramento da disputa entre setores interessados nas terras indígenas, em

³⁷ Art. 67, ADCT, CF88 - A União concluirá a demarcação das terras indígenas no prazo de cinco anos a partir da promulgação da Constituição.

especial o “agronegócio”³⁸, setor que mais combateu e investiu em mecanismos para impossibilitar a efetivação do direito desses povos ao seu território.

No entanto, antes de seguirmos nessa análise, faz-se necessário situar o movimento indígena na conjuntura política e econômica dos anos 1990, contexto político neoliberal, que é caracterizado pela reestruturação do Estado e o apelo à participação da sociedade civil em suas ações, que vai exigir mudanças econômicas, sociais e políticas que refletem diretamente sobre a dinâmica e as práticas do movimento indígena e demais movimentos da sociedade.

3.5 A contrarreforma do Estado e o repasse da saúde indígena para as Organizações Sociais

As mudanças ocorridas no Estado nessa década são decorrentes da grande crise do capitalismo monopolista que ocorre na década de 70³⁹. E os impactos dessa crise recaem sobre o papel do Estado e as relações entre este e a sociedade civil. Desse modo, toda a estrutura econômica e social brasileira é alterada, o que implicará em um Estado amplo para o mercado, a fim de reestruturar o capital, em detrimento de um Estado intervencionista. Essas mudanças ocasionaram um processo de encolhimento do Estado, e uma progressiva transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil.

Quanto as alterações introduzidas na estrutura do Estado, Bravo (2006) afirma que

[...] na contratendência da crise dos anos 1970, alterações têm sido introduzidas nas formas de produção e gestão do trabalho frente às novas exigências do mercado oligopolizado, em um contexto de globalização e mundialização do capital que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista. Mudanças radicais nas relações Estado/sociedade civil tem se processado, orientadas pelo neoliberalismo, traduzidas nas políticas de ajuste recomendadas pelos organismos multilaterais nos marcos do “Consenso de Washington”. Neste sentido, propõe-se reduzir a ação do Estado no enfrentamento da questão social através da redução dos gastos sociais em decorrência da crise fiscal (BRAVO, p. 76, 2006).

³⁸Um dos principais campos de atuação do agronegócio no Brasil que cresce consideravelmente nos anos posteriores à Constituição de 1988, tem sido atuar legal e juridicamente atrasando, embargando, interferindo ou tentando modificar o processo de regularização das Terras Indígenas no Brasil. Esta atuação se dá em diversas instâncias e de formas diferentes no que se refere à atuação legislativa dos parlamentares brasileiros, em grande parte vinculados à Bancada Ruralista ou à Frente Parlamentar Agropecuária que, no que concerne às Terras Indígenas, têm apoiado uma série de tentativas de modificação dos direitos garantidos pela Constituição de 1988, através de uma série de projetos de lei (PL) ou projetos de emenda constitucional (PEC) (ARRUZZO; CUNHA; SILVA, 2022).

³⁹De acordo com Bravo (2006), na contratendência da crise dos anos 1970, alterações têm sido introduzidas nas formas de produção e gestão do trabalho frente às novas exigências do mercado oligopolizado, em um contexto de globalização e mundialização do capital que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista. Mudanças radicais nas relações Estado/sociedade civil tem se processado, orientadas pelo neoliberalismo, traduzidas nas políticas de ajuste recomendadas pelos organismos multilaterais nos marcos do “Consenso de Washington”. Neste sentido, propõe-se reduzir a ação do Estado no enfrentamento da questão social através da redução dos gastos sociais em decorrência da crise fiscal. (BRAVO, 2006).

Com isso, compreende-se que as alterações decorrentes da contrarreforma do Estado, o caráter da participação da sociedade civil, não implica um maior compromisso do Estado com a promoção da autonomia dos grupos sociais. O que deriva dessa nova relação é a transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade. No entanto, faz-se necessário saber que a participação social pode ter diferentes sentidos, sua definição se dá na relação entre Estado e sociedade civil, e no que se refere à participação da sociedade para fins do controle social sobre as ações do Estado, esta, será objeto de estudo do nosso capítulo III.

Para melhor compreensão acerca da valorização da sociedade civil pelo Estado, no contexto de contrarreformas neoliberais, Maria Valéria Costa Correia (2005) esclarece que:

[...] essa valorização se insere como desdobramento do processo de reestruturação capitalista, que necessita modificar a forma de responder às refrações da questão social, desresponsabilizando o Estado e repassando esta tarefa para a sociedade civil através das parcerias, da disseminação de princípios de auto ajuda ou ajuda mútua, do voluntariado, do solidarismo e da filantropia (CORREIA, 2005, p. 78).

Ainda acerca dessa relação, Maria Glória Gohn (2004) afirma que a sociedade civil se amplia para entrelaçar-se com a sociedade política, colaborando para o novo caráter contraditório e fragmentado que o Estado passa a ter nos anos 1990. Todas essas transformações refletiram na organização dos movimentos sociais, que ao serem demandados pelo Estado, passaram a depender ainda mais das organizações formalmente constituídas. No que se refere a essas organizações, é importante entender que elas se diferem das organizações que surgiram na década de 1980, que tinham caráter reivindicatório; se diferenciam também das organizações indígenas tradicionais que se formam nas comunidades indígenas⁴⁰.

É importante mencionar as organizações indígenas formais, que são de modelo não indígena, e que nessa conjuntura também vão se modificar, atendendo as exigências do Estado. As organizações indígenas formais foram criadas com o objetivo de articular a luta pelos direitos dos povos indígenas, mas, de acordo com Gersem dos Santos Baniwa (2007), “com o passar do tempo, essas organizações foram assumindo outras funções e tarefas mais técnicas,

⁴⁰A esse respeito, Baniwa (2006) esclarece que a organização indígena tradicional, que é a forma pela qual uma comunidade ou povo indígena organiza seus trabalhos, sua luta e sua vida coletiva conforme seus costumes, atendendo às necessidades e às demandas internas da comunidade. Quanto às organizações indígenas formais, estas são de modelo não-indígena. Ele acrescenta, essa modalidade mais homogênea torna as organizações indígenas institucionalizadas, burocratizadas, centralizadas, personalizadas e com o sistema de tomadas de decisão (poder) mais verticalizado e menos transparente (sem o controle dos que vivem na comunidade). Esta modalidade de organização exige reconhecimento formal do Estado para seu funcionamento e existência legal (BANIWA, 2006)

executivas e administrativas, como as prestações de serviços na área de saúde, por meio dos convênios com a FUNASA assumindo funções que são do Estado por lei” (BANIWA, 2007, p. 133).

Em seu estudo sobre os Indígenas no Brasil, Baniwa (2006) vai explicar que essas organizações foram incorporadas pelos povos indígenas para atender às exigências do Estado quanto às suas novas demandas, e acrescenta que elas foram criadas para responder

[...] às novas demandas e às necessidades pós-contato desses povos, como a defesa dos direitos territoriais e outras políticas públicas em face da sociedade nacional e global, como também, para viabilizar recursos financeiros, técnicos e materiais desejados de serem apreendidos da sociedade moderna (BANIWA, 2006, p. 64-65).

Ainda no que se refere a essas organizações, Ortolan Matos (2006) afirma que elas “refletiram diretamente sobre a dinâmica do movimento indígena, justamente por ser um movimento social inserido no universo das forças sociais em disputa política dentro do Estado e da sociedade nacional” (ORTOLAN MATOS, 2006, p. 41). E os desdobramentos trazidos ao movimento indígena com o novo cenário político, caracteriza-se pela criação de inúmeras organizações indígenas formais e institucionalizadas, que passam a assumir as funções que o Estado deixou de desempenhar diretamente, conforme explicita a autora:

[...] foram criadas organizações indígenas de natureza distinta: nacionais, regionais, locais, associações de categorias sociais e econômicas, organizações pluriétnicas ou étnicas, de caráter político e de caráter econômico [...] Desde que foram criadas, as organizações indígenas e seus respectivos líderes assumiram o papel de interlocutores indígenas nos diálogos interculturais com os não-indígenas, sejam eles representantes do governo brasileiro, demais setores não-indígenas da sociedade nacional ou internacional. As próprias organizações indígenas chegaram a se constituir em um espaço institucionalizado de interlocução do movimento indígena com o Estado brasileiro, ao executar projetos por meio de convênios, parcerias e alianças, como estratégias de ação da política indígena na sociedade nacional (ORTOLAN MATOS, 2006, p. 37-38).

Na redefinição do seu papel, na perspectiva neoliberal, ao estabelecer essas parcerias com a sociedade civil, lhes atribuindo responsabilidades que antes eram por ele executadas, o Estado passa a ser responsável apenas pelo gerenciamento e controle dessas políticas, e não mais pela sua execução. E foi sob o discurso de que era preciso reconstruir o Estado, que se definiu novas formas de intervenção na economia e na área social.

O marco da reforma brasileira foi a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo do então presidente FHC. A implementação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE) possibilitou delimitar as funções do Estado e,

posteriormente, o Plano Nacional de Publicização⁴¹ vai regulamentar a implantação das Organizações Sociais, entidades de direito privado com caráter público não estatal.

Foi por meio do núcleo de serviços não exclusivos que surgiu a criação do público não estatal, que vai legalizar e ampliar as instituições do chamado Terceiro Setor, abrindo a possibilidade para a criação e efetivação da parceria entre o Estado e a sociedade civil. E assim, impulsionados pelo programa de publicização, que retirava, para fora da administração pública das atividades de interesse da coletividade, lançando-as as Organizações Sociais, via transferência de recursos públicos. Com isso, a responsabilidade da execução de algumas políticas públicas passa a ser transferida às entidades do chamado Terceiro Setor⁴², por meio das ONGS⁴³. Assim, de acordo com a análise de Gohn (2004), muitos movimentos se transformaram em ONGs ou se incorporaram às ONGs com as quais mantinham relações de apoio. O pressuposto dessa parceria é de que essas organizações não-governamentais, tais como, Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que foram criadas para atender à reestruturação do Estado, seriam parceiras do poder público não estatal, o que vai influenciar diretamente na organização e estruturação dos movimentos sociais⁴⁴.

No que se refere ao movimento indígena e os desdobramentos dessa relação, Baniwa (2006, p. 78) reitera que, a partir da década de 1990, ocorre “o fenômeno da multiplicação de organizações indígenas formais, institucionalizadas”, que começaram a assumir cada vez mais as funções que o Estado, deixou de desempenhar diretamente, em especial nas áreas de saúde, educação e autossustentação. O autor acrescenta que, com isso, “outras discussões passaram a

⁴¹ "A publicização, na linguagem governamental, consiste na descentralização, para o setor público não-estatal, da execução de serviços que não envolvam o poder do Estado, mas devam ser subsidiados pelo Estado, como a educação, a saúde, a cultura e a pesquisa científica" (IAMAMOTO, 2000, p. 120).

⁴²Montaño (2002), o fenômeno em foco deve ser interpretado em sua materialidade: trata-se de ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil, que assumem as funções de dar resposta às demandas sociais, a partir dos valores de solidariedade local, autoajuda e ajuda mútua. Por conseguinte, tais organizações assumem um papel precípua do Estado, além de se afastarem de princípios como a solidariedade social e universal e do direito de serviços.

⁴³O perfil das ONGs executoras deveria ser o de prestadora de serviços, com atuação de acordo com projetos definidos e dentro de planejamentos estratégicos, por meio de parcerias com o Estado e empresas da sociedade civil (GOHN, 2004).

⁴⁴ De acordo com Bicalho (2010), mudanças foram percebidas na organização, prática e discussões teóricas dos movimentos sociais a partir da década de 1990. As transformações trazidas pela chamada Globalização repercutiram e alteraram as condições da produção e a organização dos novos atores sociais. Esse quadro se apresentou mediante as transformações e a crise econômica que assolou a maioria dos países latino-americanos em consequência dos efeitos danosos da globalização da economia, que corresponde a um processo de contrarrevolução global, que em meados da década de 1970 tornou-se evidente com o apogeu da grande crise do capitalismo mundial. Crise que se arrastou até o final da década de 1980, com a queda do muro de Berlim em 1989 e o fim da Guerra Fria.

fazer parte da agenda das organizações indígenas, como aquelas direcionadas ao discurso étnico do desenvolvimento ‘etno-sustentável’ e da autogestão territorial” (BANIWA, 2006, p. 78).

Ainda de acordo com o CIMI (2008), essas organizações se proliferaram rapidamente, impulsionadas pelas demandas concretas das comunidades indígenas não satisfeitas pelo Estado e pela facilidade de acessar recursos da cooperação internacional, que foram disponibilizados devido à crescente sensibilidade no exterior em relação aos temas ambiental e indígena na Amazônia.

Observa-se que com o passar dos anos, foi se consolidando uma nova relação do Estado com as organizações indígenas⁴⁵. De acordo com o CIMI (2008), muitas das organizações mais recentes já nasceram influenciadas pela possibilidade de acessar recursos e passaram também a assumir um papel político, mas sem a legitimidade que as primeiras haviam adquirido junto às comunidades.

O envolvimento das organizações indígenas com a administração de numerosos e, por vezes, volumosos projetos criou uma importante demanda de atividades técnicas gerenciais que levaram a um distanciamento das comunidades. Isso produziu como reflexo a priorização de embates políticos nos espaços institucionais em detrimento da mobilização das bases (CIMI, 2008).

Nesse sentido, Ortolan (2006) afirma que as organizações indígenas formais passaram a ser menos articuladoras políticas para atuar mais como gestoras e executoras de ações, inclusive de ações de responsabilidade estatal, como as organizações referentes à saúde indígena e à proteção das terras indígenas. Observa-se que no caso da saúde indígena, todas as ações de saúde estão sob responsabilidade de Organizações Sociais (OSs), inclusive, atualmente, toda força de trabalho destinada à saúde dos povos indígenas é contratada via terceirização por meio de celebração de convênios.

Nota-se que a proliferação das OSs, apesar de possibilitar a atuação do movimento indígena junto a suas organizações, provocou também uma divisão nesse movimento, que consideradas as peculiaridades do período, dispensa maior importância às mobilizações em torno de suas bandeiras de luta, como, por exemplo, as demandas que são comuns a todos os povos, como o enfrentamento aos diversos problemas relacionados à garantia de seus direitos, e que perpassa o campo de interesse de todo o movimento indígena. Conforme Bicalho (2010):

⁴⁵De acordo com Ortolan (2006, p. 37), “as próprias organizações indígenas chegaram a se constituir em um espaço institucionalizado de interlocução do movimento indígena com o Estado brasileiro, ao executar projetos por meio de convênios, parcerias e alianças, como estratégias de ação da política indígena na sociedade nacional [...] as organizações indígenas e seus respectivos líderes assumiram o papel de interlocutores indígenas nos diálogos interculturais com os não-indígenas, sejam eles representantes do governo brasileiro, demais setores não-indígenas da sociedade nacional ou internacional”.

[...] o que unifica os diversos povos indígenas do país tornado iguais os seus objetivos mais gerais podem ser representados por diversas reivindicações: luta pela terra e pela demarcação das mesmas, luta por direitos à educação e à saúde diferenciada; luta pelo reconhecimento e respeito à diferença étnica; luta pela implementação de políticas públicas realmente comprometidas com as necessidades indígena [...] (BICALHO, 2010, p. 254).

Nesse sentido, nas linhas que seguem, destacam-se alguns avanços em termos de legislação pós Constituição Federal de 1988, de modo que possamos apreender o caminho que conduziu essa população ao reconhecimento e à garantia de seus direitos, sobretudo no que se refere ao direito à saúde destinada a esses povos.

3.6 Avanços e retrocessos na política indigenista pós CF de 1988

No que se refere aos avanços da luta em prol da política de saúde indígena, em termos de garantia de direitos, destacamos superficialmente as principais medidas direcionadas a essa população, a começar pelo governo Collor, que teve como destaque nas questões indígenas a homologação da Terra Indígena Yanomami e a realização da Rio-92. As duas ações vislumbravam um elemento simbólico muito importante do ponto de vista da política externa, um olhar para a abertura política e econômica do país, de modo que, a política indigenista positiva era relevante para o seu governo, e não por entender que além de ser de direito dos povos indígenas, a demarcação das terras era uma imposição constitucional, que deveriam ter sido concluídas nos cinco primeiros anos a partir da promulgação da CF/88.

Na sequência, na gestão do então presidente Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), pode-se destacar a aprovação da chamada Lei Arouca, em 1999, de autoria do então Deputado Sérgio Arouca, que inclui um capítulo na Lei 8.080/90, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), que tratamos mais detalhadamente no capítulo seguinte. Ainda nesse período, destaca-se a aprovação do Novo Código Civil, que vai trazer uma nova concepção jurídica sobre os povos indígenas, condizente com os eixos da Constituição e a aprovação e ratificação da adesão do Brasil, último país da América a ratificar a Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

O então governo foi marcado por vários contextos de violações de direitos e situações de violência contra os povos indígenas. Nessa esteira, cabe frisar que, de acordo com dados do CIMI (2004), no período FHC, mais de 323 indígenas cometeram suicídio, 167 indígenas de povos diversos foram vítimas de assassinato, mais de 127 sofreram tentativas de assassinato e mais de 10.500 foram ameaçados de morte. Ainda no seu governo, a chamada bancada ruralista se fortaleceu, sua influência nos espaços de decisão e formulação das políticas públicas vão

ampliar os conflitos e reafirmar os interesses da burguesia agrária, da qual o então presidente está incluído⁴⁶.

O movimento indígena, após um processo de redefinição de suas estratégias, reaparece no cenário nacional nos anos 2000, quando povos indígenas de diferentes partes do país reuniram-se em uma marcha denominada “Marcha dos 2000”, que tinha o propósito de chamar a atenção para as pautas indígenas no país. Outrossim, o governo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que tem na sua trajetória política uma ampla atuação sindical na luta pelos trabalhadores, traz em seu discurso a proposta de um olhar para as reivindicações dos povos indígenas⁴⁷, de uma política indigenista onde as principais referências seriam a Constituição Federal de 1988 e a Convenção 169 da OIT.

Portanto, sua gestão representava uma grande expectativa em torno das questões indígenas no país, no entanto, já o primeiro ano do seu mandato, foi marcado por grandes frustrações por parte desses povos e seus movimentos, de modo que, ao não atender essas expectativas, o movimento indígena se mobiliza em oposição a gestão do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e seguem na luta em busca da garantia dos seus direitos.

Foi diante dessa falta de interlocução do governo com os povos indígenas, da insatisfação com a gestão que, por meio da mobilização de povos indígenas de diversas regiões do país, o movimento indígena se reestrutura, reunindo-se em Brasília para discutir as violações dos direitos indígenas e reivindicar o cumprimento das leis. Desse modo, em 2004, acontece a primeira edição do Acampamento Terra Livre (ATL), evento que inaugura a reestruturação do Movimento Indígena no Brasil.

Naquela ocasião, foi fundada a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)⁴⁸ e criado o Fórum Nacional dos Povos Indígenas, com a proposta de organizá-lo a partir de discussões e articulações com as comunidades indígenas e suas respectivas organizações políticas. O Fórum tinha como principal bandeira de luta a criação do Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI)⁴⁹. Já em 2006, no governo seguinte, criou-se a Comissão Nacional de Política Indigenista (CNPI), sendo convocada a Conferência Nacional dos Povos Indígenas,

⁴⁶ FHC é proprietário rural e tem relações próximas com diversos pecuaristas brasileiros. Para mais informações consultar: FHC – O fazendeiro: Tudo sobre as terras da família, os amigos pecuaristas e a Odebrecht. Disponível em: <https://deolhonosruralistas.com.br/2018/05/22/fhc-ofazendeiro-tudo-sobre-as-terras-da-familia-os-amigos-pecuaristas-e-Odebrecht/>> Acesso em: 21 dez. 2022.

⁴⁷ Disponível em: <https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/08-compromissocomospovosindigenas.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2022.

⁴⁸ APIB é uma instância de unificação nacional de diferentes movimentos indígenas.

⁴⁹ O órgão coordenaria a discussão e deliberações acerca de novas políticas públicas a serem implementadas, mas o Conselho só foi criado anos depois, no governo Dilma Rousseff.

que tinha como objetivo reunir as reivindicações dos povos indígenas de todo território nacional.

No governo que segue, Dilma Rousseff tornou-se a primeira mulher eleita presidente do Brasil, mas o seu governo foi considerado um dos governos que menos fez pelos povos indígenas. De acordo com Reis (2021):

Em seu governo, o agronegócio teve ainda mais participação. No ano de 2012, a bancada ruralista representou 23,4% da Câmara e 16% do Senado. Além de representar a frente mais poderosa do Congresso, ainda se valia de alianças até com parlamentares ditos “ambientalistas” para aprovar os projetos favoráveis aos interesses ruralistas. Esse cenário impactou fortemente na elaboração de vários projetos de lei que atacam diretamente os direitos conquistados pelos povos originários, como nos casos das PEC 237/13, PEC 038/99, PL 1610/96 e PLP 227/12. Em março, é aprovada a admissibilidade da PEC 215/00, que propunha transferir a aprovação das demarcações das terras indígenas para o Congresso, e os povos originários voltam às ruas para apontar a inconstitucionalidade da decisão, que deixaria seus direitos nas mãos de latifundiários e grandes proprietários (REIS, 2021, p. 83).

Entre suas ações positivas para com os povos indígenas, podemos mencionar a criação da Política Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena, que objetiva planejar a gestão dos territórios indígenas a longo prazo, com participação das comunidades indígenas e organizações da sociedade civil. Ainda no seu governo, destacamos o programa Mais Médico, que é estendido aos 34 distritos de saúde indígenas (DSEIs).

Apesar de alguns avanços, o governo Dilma também representou alguns retrocessos para os povos indígenas, uma vez que o apoio a setores como o da mineração, do agronegócio e de obras do PAC geraram grande tensão entre o governo e esses povos. Desse modo, podemos entender que, durante os governos ditos democráticos, governos de Lula e Dilma, esses processos de conciliações não foram interrompidos, apesar de toda mobilização e da luta dos movimentos sociais, e entre eles o movimento indígena, pode-se observar os retrocessos em termos de direito. É importante compreendermos que essas tensões vão se intensificar em grande medida no contexto do golpe de 2016, denominado por alguns autores como golpe jurídico-parlamentar-empresarial⁵⁰, que não só derrubou a presidente Dilma e levou Michel Temer ao poder, mas marcou a estrutura democrática do nosso país.

Para que possamos situar os desmontes na política de saúde e nela a política de saúde direcionada aos povos indígenas, naquela conjuntura, é importante compreendermos as medidas adotadas pelos governos de Temer e Bolsonaro, e atentarmos para o que alguns autores

⁵⁰ Ver Fontes (2021) As lutas de classes vistas pelo seu acesso: A subversão reacionária. Revista Práxis e Hegemonia popular. <https://doi.org/10.36311/2526-1843.2021.v6n8.p57-80>. Ver Correia (2022) A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. Revista Temporalis. <https://orcid.org/0000-0002-7585-3345>.

vão chamar de ultraneoliberalismo, decorrente da política de aprofundamento do neoliberalismo que pressupõe a redução dos gastos públicos no campo das políticas sociais para fortalecer o ajuste fiscal.

Os autores Freire e Costa (2020) e Borges e Matos (2020) vão denominar o ultraneoliberalismo como sendo uma versão mais perversa do neoliberalismo, que se aprofunda em consonância com os interesses do capital, ou ainda, liberalismo ultra acirrado, que se dá por meio de práticas reorientadas pelo conservadorismo de direita. O que será reiterado por Behring, Fiuza e Souza (2020) ao afirmarem que entendem por ultraneoliberalismo a mais recente forma do neoliberalismo, que sofre algumas inflexões e aprofunda os seus pressupostos⁵¹, de modo que esses pressupostos podem ser visualizados por meio da ofensiva do capital no setor saúde, seu desmonte, seu desfinanciamento, submetendo-a ao mercado.

Conforme Correia (2022), nos governos ultraneoliberais de Temer e Bolsonaro há um aprofundamento dos setores privados na saúde. A autora afirma que “a agenda do setor empresarial na área da saúde é ratificada na atuação desses governos e sua hegemonia é fortalecida” (CORREIA, 2022, p. 82). Desse modo, observa-se que com a derrubada da presidenta Dilma Rousseff, e a posse de Michel Temer, intensificam-se as tensões com o movimento indígena. O novo governo, junto com seus apoiadores, que compõem a bancada ruralista do congresso nacional, inicia uma pauta contra os povos indígenas, pauta que vai se destacar efetivamente nos anos seguintes com a gestão do então Presidente Jair Bolsonaro, com o apoio de seus aliados das bancadas da bíblia, da bala e do boi.

Antes de adentrar as questões que envolvem o governo Temer e Bolsonaro, é importante refletir quanto às expectativas depositadas nos governos anteriores, sobretudo no governo Lula, que em seu discurso inicial, apoiado por diversos movimentos e entre eles o movimento indígena, dispensava inúmeras críticas às políticas econômicas neoliberais, as privatizações e a falta de compromisso do Estado com construção de um país mais pluralista e comprometido com a política indigenista.

Nesse sentido, é importante compreendermos o papel do Estado na sociedade e sua atuação frente ao desenvolvimento do sistema capitalista, de modo que há efetivamente uma drástica redução de sua intervenção para atender às exigências e interesses do capitalismo. Desse maneira, compreende-se que o papel do Estado frente às reivindicações não apenas dos povos indígenas, mas as reivindicações da coletividade, que estão garantidas na Constituição Federal de 1988, não se efetivaram, e que o fato de termos a existência da política em termos

⁵¹ Ver Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. (Org.) Bravo; Matos e Freie (2020)

legais não assegura, de fato, sua implementação. Trazendo essa discussão para a política de saúde, em especial a política de saúde direcionada aos povos indígenas, é importante compreendermos a sua trajetória a partir da compreensão da trajetória das políticas sociais no capitalismo, que, conforme Behring (2015, p. 187), são balizadas a partir dos ciclos econômicos, que determinam seus avanços e retrocessos, “no período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe”.

Desse modo, destacamos a atuação dos governos pós Constituição Federal no trato das questões relacionadas aos povos indígenas, em especial a política de saúde, o que nos permite observar o movimento dessa política ao longo dos anos e identificar alguns avanços em relação aos direitos desses povos, como a criação do SASI/SUS, a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), o Programa Mais Médicos que foi estendido às aldeias indígenas, a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), responsável pela execução da PNASPI, das quais tratamos mais detalhadamente no próximo capítulo.

Nessa perspectiva, também devemos compreender o quão fundamental é o fortalecimento da bandeira de luta em torno de conquistas como efetivação do SUS, da política de saúde indígena e da participação da população nas instâncias de controle social. E partindo desse entendimento, é importante ressaltar uma questão fundamental ocorrida com a publicação da Lei 8.142/90, que por meio da mobilização social, resgatou aspectos fundamentais que foram retirados da Lei 8080/90, por meio dos vetos do então presidente Fernando Collor, em especial aqueles que faziam menção ao financiamento e à participação da população na política de saúde.

A partir dessa análise, pode-se observar que em algumas conjunturas os povos indígenas são relegados a uma política indigenista que os coloca diante de maiores conflitos, violações, situações de violência e abandono por parte do poder público. E nessas conjunturas, observa-se que a política indigenista é implementada por meio de ações marcadas por traços de continuidade com o passado desses povos, que se dão em maior medida e ignoram as conquistas advindas da CF/88 e demais legislações que garantem seus direitos. A herança do colonialismo que marcou a história de exploração e violações dos direitos dos povos indígenas marcam fortemente a política econômica do governo Temer e Bolsonaro, das quais trataremos a seguir.

O governo Temer se caracteriza como um divisor de águas no trato não apenas com as questões indígenas, mas uma política contrária a qualquer tipo de garantia de direitos. No que se refere à questão das terras, por exemplo, ele não apenas paralisou as demarcações, como também adotou o entendimento de que só poderiam ser beneficiados por futuras demarcações

os povos indígenas que estivessem de posse do território quando da aprovação da Constituição Federal de 1988, por meio da tese do Marco Temporal⁵².

Sua política econômica teve impacto direto em todas as políticas sociais, mas em especial, a política de saúde, que foi uma das áreas mais afetadas pelo golpe de 2016⁵³. Como uma das primeiras medidas do seu governo, instituiu o novo regime fiscal, por meio da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016). As mudanças foram sentidas em todos os âmbitos, a proposta impossibilita a efetivação da rede de proteção proposta na CF/88, criando uma conjuntura nitidamente favorável às prioridades para com a esfera econômica e a retirada de direitos, implicando no desmonte das políticas públicas, na fragilização dos movimentos sociais e no esvaziamento dos espaços de participação.

No capítulo seguinte, destacamos alguns dos impactos causados à política de saúde destinada aos povos indígenas, sobretudo à população indígena que habita o território no âmbito do DSEI AL/SE, de modo que, ao longo do estudo, podemos observar que os impactos causados pelo golpe marcaram o cenário nacional intensificando a destruição dos direitos conquistados democraticamente por meio de suas lutas coletivas, e no caso da população em questão, esses impactos incidem fortemente sobre os direitos à vida, pois o acesso à terra é condição fundamental a todas as outras questões.

No que se refere à saúde dos povos indígenas, a conjuntura política estabelecida com o golpe proporcionou impactos que refletem negativamente na direção nacional da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que vão refletir na sua condução em âmbito regional, e nos direcionamentos das problemáticas da saúde indígena dentro do território, nas aldeias, no âmbito da assistência, acarretando danos na execução das ações de saúde e nas demais demandas relacionadas aos povos indígenas.

⁵² Conhecida como a tese do marco temporal, hoje defendida por grupos contrários à demarcação das terras indígenas, tem origem em uma decisão do STF de 2009, quando a máxima corte do país decidiu a quem pertenceria o direito à Terra Indígena Raposa Serra do Sol, em Roraima. Na ocasião, os ministros argumentaram em favor da população indígena, alegando que eles estavam lá quando foi promulgada a CF/88. Alegando que se naquele caso a tese foi favorável aos povos originários, abriu-se um precedente para a argumentação em contrário, ou seja, de que os indígenas não poderiam reivindicar como suas terras que não estivessem ocupando em 1988. (<https://fundacaofhc.org.br>).

⁵³ Souza (2018) afirma que o golpe de 2016, disfarçado de impeachment, foi movido por interesse internacional, sob influência de interesses econômicos, da burguesia, do judiciário, do legislativo, dos meios de comunicação, considerando a crise mundial de 2008, o poder do capital financeiro, as contradições do governo de coalizão perpetuado pelo governo de Dilma Rousseff desde o governo Lula, com destaque para a insatisfação da direita política quanto a direção do País pelo partido dos trabalhadores. O que pode ser confirmado pelo desmonte das políticas sociais a partir dos rebatimentos do ajuste neoliberal, com desmonte das políticas sociais pelo poder hegemônico das elites, de maneira ditatorial, antidemocrática, desrespeitosa, com congelamentos de gastos sociais por um período de 20 anos.

Diante desse contexto, observa-se o enfraquecimento das políticas públicas em todos os setores e a soma dos inúmeros ataques, por parte do Estado, direcionados à população indígena. De acordo com Cleber César Buzatto (2018, p. 14), “ao longo do ano de 2017, os povos indígenas viram a imposição de uma política deplorável, fascista, predatória e devastadora dos territórios, dos bens ambientais e das águas”⁵⁴. Toda essa política de desmonte iniciada no governo Temer, intensificou-se e tomou grandes proporções no governo do presidente Jair Bolsonaro, que desde sua campanha política, em 2018, já se expressava de maneira racista contra os povos indígenas e já anunciava sua política contra esses povos, afirmando que “se vitorioso, não demarcaria um centímetro de terra indígena”.

Em 2018, disse que “o índio é um ser humano igualzinho a nós”; e ele segue questionando “por que, no Brasil, temos que mantê-los em reserva, como se fossem animais”, reforçando uma perspectiva integracionista, interessada em se apropriar dos territórios indígenas e de seus bens comuns. Já empossado, em 2 de janeiro de 2019, afirmou, referindo-se aos indígenas: “Vamos juntos integrar estes cidadãos e valorizar a todos os brasileiros”. Em 25 de julho, em reunião do Conselho da Suframa, em Manaus, disse: “lamentavelmente, atrás disso veio a indústria das demarcações de terras indígenas se fazendo presente”. Em 24 de setembro, na abertura da Assembleia Geral das Nações Unidas, ele declarou: “infelizmente, algumas pessoas, de dentro e de fora do Brasil, apoiadas por ONGs, teimam em tratar e manter nossos índios como verdadeiros homens da caverna” (CIMI, 2019, p.12).

Sabe-se que após as eleições presidenciais de 2018, os povos indígenas vêm sendo vítimas de inúmeros ataques associados ao desmonte dos órgãos que deveriam protegê-los, que estão sob direção de pessoas que não atuam em defesa dos direitos desses povos. Desde o dia 1º de janeiro de 2019, pode se constatar ações que evidenciam a continuidade da perspectiva integracionista do Estado, sobretudo, no que se refere à política de promoção, proteção e recuperação da saúde indígena⁵⁵.

O governo de Jair Bolsonaro é classificado como propulsor dos mais intensos ataques contra os povos indígenas no Brasil, tanto no âmbito de suas declarações quanto nas suas tomadas de decisões, que visam a diminuição dos direitos desses povos já nos seus primeiros pacotes de medidas. Ainda no 1º de janeiro de 2019, ao anunciar zero demarcação de terras para esses povos e demonstrar sua intenção de assimilação dos povos indígenas, o então presidente transfere a responsabilidade pela demarcação das terras indígenas da FUNAI para o Ministério

⁵⁴ “Uma política propositadamente implementada para aniquilar direitos, o modo de ser dos povos e suas perspectivas de vida e de futuro. Uma política engendrada nos gabinetes de ruralistas e fundamentalistas religiosos. Uma política perversa porque se impõe pela força bruta e pela repressão” (BUZATTO, p. 13, 2018).

⁵⁵ “Todos os aspectos da política indigenista anterior, com a finalidade de assegurar direitos e beneficiar coletivamente os povos indígenas, passam a ser combatidos abertamente ou solapados para que não se concretizem. Inicia-se uma anti política indigenista com a intenção de promover uma nova onda de esbulho das terras indígenas, favorecendo a sua apropriação por terceiros e a exploração indiscriminada das suas riquezas naturais” (CIMI, 2019, p. 195).

da Agricultura Pecuária e Abastecimento (MAPA)⁵⁶, mais uma vez o Estado brasileiro coloca a política indigenista subordinada aos interesses desenvolvimentistas e do capital, medida que posteriormente foi vedada pelo Congresso Nacional.

O próximo passo nesse sentido foi dado por intermédio da tentativa de deslocar a FUNAI do Ministério da Justiça para o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, na ocasião, dirigido por uma pastora evangélica ultraconservadora⁵⁷. Medida que também foi alterada pelo Congresso Nacional, em que a FUNAI retornou para o Ministério da Justiça. Essas e outras providências demonstram a real intenção das ações do governo para com os povos indígenas, intenções que se manifestam por meio das infrações às leis ambientais, das invasões de terras indígenas, e do desmatamento.

Entre as ações de desmonte do então governo, destaca-se a proposta de extinguir a SESAI e reacomodar suas funções na nova Secretaria de Atenção Básica, a mudança no modelo de gestão da política de saúde além de extinguir o Departamento de Gestão de Saúde Indígena, setor responsável pela gestão do controle social, fragilizando a SESAI, traria inúmeros problemas de gestão. A SESAI é a única secretaria no âmbito do Ministério da Saúde com atribuição de execução orçamentária e a sua extinção causaria grandes danos à estrutura que garante a independência política e financeira para a assistência desses povos. A medida causou a reação imediata dos movimentos e líderes indígenas e fez com que a gestão voltasse atrás com a decisão e mantivesse a SESAI, mas esse foi apenas um dos mecanismos utilizado pelo governo Bolsonaro para desmontar a saúde indígena, a sequência de ações foi intensificada com a iminência da pandemia causada pela covid-19.

Durante a pandemia, o negacionismo, o estímulo à contaminação e a banalização da morte foram constâncias nos posicionamentos do então governo para com a população em geral. E sendo ele favorável ao extermínio dos povos indígenas, ao invés de evitar a disseminação do vírus entre as populações indígenas e dificultar sua chegada até às aldeias, foi mais uma vez na contramão da Constituição Federal de 1988. O governo agiu incentivando o garimpo em áreas indígenas, legalizando as invasões em seus territórios, promovendo o desrespeito, desprezo e a morte desses povos. Dito de outro modo, reiterou sua intencionalidade por meio dos vetos na lei que previa medidas de proteção para o enfrentamento à covid-19 nos territórios indígenas

⁵⁶Na ocasião sob o comando da ministra Tereza Cristina Corrêa da Costa Dias, ex-chefe da bancada ruralista e tradicionalmente alinhada à visão dos fazendeiros em relação às terras indígenas.

⁵⁷A pastora evangélica Damaris Regina Alves foi Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos durante o governo Jair Bolsonaro (2019-2022).

nesse período⁵⁸, negando o acesso das aldeias a água potável, materiais de higiene, leitos hospitalares e de UTI, além da aquisição de respiradores para os povos indígenas.

Diante dessa conjuntura, a voz indígena ecoou, e por meio da mobilização de lideranças indígenas de todo o país, juntamente com Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), apresentaram a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709 ao Supremo Tribunal Federal, que determina ao governo federal o cumprimento da medida. Entre as ações do plano emergencial elaborado para o controle da pandemia nos territórios indígenas, encontra-se a extensão da assistência à saúde àqueles indígenas que vivem em contextos urbanos ou em territórios não homologados.

O advento da pandemia ressalta o cenário de vulnerabilidade e as difíceis condições de vida e de saúde desses povos, que se complexificam em determinadas regiões do país e são evidenciadas no governo do então presidente Jair Bolsonaro, tendo em vista suas ações na condução da política de saúde do país durante a grave crise sanitária provocada pela pandemia.

O descaso, a má gestão, as negligências do governo federal para com a população em geral foram potencializadas para os povos indígenas por meio da flexibilização da exploração dos seus territórios. Conforme dados revelados através do Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil (2020), publicado pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI), que demonstram a intensificação da violação dos seus direitos por intermédio de medidas como a PL 191/2020, “que prevê a abertura das terras indígenas para a mineração, a exploração de gás e petróleo e a construção de hidrelétricas” (CIMI, 2020 p. 8). O Projeto de Lei encontra-se em trâmite na Câmara dos Deputados e, de acordo com APIB (2023), recentemente, em fevereiro de 2023, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil apresentou uma petição ao Ministério dos Povos Indígenas, alegando a inconstitucionalidade do referido Projeto e apontando suas irregularidades em relação a Tratados Internacionais e a Constituição Federal (APIB, 2023).

Ainda conforme dados do relatório, “a grave crise sanitária provocada pela pandemia do coronavírus, ao contrário do que se poderia esperar, não impediu que grileiros, garimpeiros, madeireiros e outros invasores intensificassem ainda mais suas investidas sobre as terras indígenas” (CIMI, 2020 p. 8). No que se refere ao incentivo ao garimpo, segundo dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) durante a Pandemia, 73% das atividades irregulares de garimpo foram realizadas em unidades de conservação e terras indígenas, locais

⁵⁸ O Projeto de Lei 1142/2020 dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid19 nos Territórios Indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19.

que deveriam ser protegidos, conforme a CF/88. Seu posicionamento favorável ao avanço da atividade, bem como a diminuição da fiscalização dessas terras, são fatores agravantes para disseminação do vírus nas terras indígenas, que, de acordo com Carol Marçal, da Campanha Amazônia da Greenpeace Brasil, em reportagem publicada no site do IHU, “além da destruição das terras indígenas, o garimpo é um determinante vetor de destruição de áreas que por lei deveriam ser protegidas... os garimpeiros são potenciais transmissores da covid-19 para os indígenas” (REVISTA IHU, 2020, online).

O resultado das ações criminosas do então governo pode ser visualizados através de tragédias como a dos Yanomamis, que representa a relação dessa exploração com a omissão do governo, em que, de acordo com o CIMI (2021), “é estimada a presença ilegal de cerca de 20 mil garimpeiros, os invasores devastam o território, provocam conflitos e praticam atos de violência contra os indígenas” (RELATORIO/CIMI, 2020).

Além da disseminação do vírus no território, situação que por diversas vezes foi denunciada sem que nada de efetivo fosse feito, ainda de acordo com o CIMI (2023), entre novembro de 2018 e dezembro de 2022, houve até seis decisões judiciais, nas diversas instâncias do Poder Judiciário, condenando o Estado a tomar as medidas urgentes necessárias. (CIMI, 2023). Desse modo, nos primeiros dias do ano 2023, no governo do atual presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o mundo presenciou o cenário de um crime premeditado contra os Yanomamis, como consequências das ações criminosas do governo do ex presidente Bolsonaro, vem à tona as cruéis consequências decorrentes do avanço desenfreado do garimpo ilegal, da exposição ao mercúrio, da fome e desnutrição as quais esses povos foram submetidos. A desassistência à saúde dessa população marca a história dos povos indígenas que sofrem também com violências físicas e psicológicas decorrentes do contato com garimpo ilegal em seu território. De acordo com a APIB, a situação é histórica, mas se agravou nos últimos quatro anos. Estima-se a presença de 25 mil garimpeiros no território onde vivem, aproximadamente, 30 mil indígenas (APIB, 2023).

O desrespeito do governo Bolsonaro em defesa das vidas desses povos foi evidente e representou para os povos originários a materialização do descaso, o aumento das violações, o total abandono dos povos indígenas pelo Estado. E como consequência de tudo isso, foi possível observar, em grandes proporções, o aumento da violência dentro dos territórios indígenas, a exploração e o aprofundamento de um cenário cruel e desumano ao qual estes povos foram submetidos em todos os âmbitos, além da fome, doenças e mortes, o que pode sinalizar efetivamente para uma política genocida. A omissão e o desrespeito expressos por meio das ações do Governo Federal não só enfraqueceram as medidas de proteção nos territórios, como

também incitou a violência contra esses povos⁵⁹. De acordo com o Relatório Violência contra os Povos Indígenas, CIMI (2021):

Sob o governo de Bolsonaro se introduziu, na relação do Estado com os povos indígenas, pelo menos duas concepções de fundo que embasam os crimes e a impunidade: a primeira vincula-se à ideia de que os indígenas não são sujeitos de direitos como os outros humanos, prevalecendo a lógica do “selvagem” que, como tal, pode ser agredido, atacado, expulso ou morto; a segunda vincula-se à ideia nefasta de que os povos não precisam de terra e que tudo que se faz para eles, em termos de políticas públicas, é privilégio; portanto, ignorá-los, integrá-los, violentá-los e até matá-los não são problemas (CIMI, 2021, p. 17).

Toda essa conjuntura reflete diretamente na vida e na organização dos povos indígenas, causando impactos devastadores no sistema oficial de proteção dessa parcela da população; sua organização social, os movimentos indígenas, as ações executadas no território, financiamento, profissionais de saúde e a mobilização em torno da participação nas instâncias de controle social, que é nosso objeto de estudo. Todos esses setores sofrem impactos em grandes proporções diante do cenário de desassistência e desfinanciamento que o governo Bolsonaro impôs aos povos indígenas durante seu governo.

Desta maneira, pode-se observar que é por meio da organização e luta, que é marca histórica na trajetória de vida dos povos indígenas, que vão se inserir em movimentos pautados no discurso jurídico dos direitos humanos, a fim de que lhes sejam assegurados o direito à terra, à saúde, à vida e ao acesso aos demais direitos com igualdade aos demais cidadãos brasileiros, pois, apesar do que lhes é assegurado por meio de diversas legislações e entre elas, a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos Indígenas, que afirma que os indígenas possuem paridade em direitos com relação ao conjunto de cidadãos brasileiros, essa população, que vivenciou todo um processo de submissão de cidadania tutelada que lhes foi imposto, segue na luta em busca da superação de uma desigualdade que é histórica, real e presente.

Desse modo, nas páginas que seguem, abordamos a mobilização, a organização e a luta dos povos indígenas pela garantia à saúde, de forma que essa assistência vise o respeito as suas especificidades étnicas e culturais, por meio de uma atenção diferenciada. Assim, faremos o percurso que levou os povos originários a conquistas como a implantação do SASI e da PNASPI.

⁵⁹ Para melhor compreensão ver: <https://cimi.org.br/relatorio-violencia-povos-indigenas-2020> e 2021 - CIMI.

4 A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS E O CONTROLE SOCIAL

Desde a chegada dos europeus, no século XVI, os povos indígenas são submetidos a situações que exerceram importante influência sobre os determinantes demográficos, socioculturais e, sobretudo, de saúde dessa população, que lhes trouxe como consequência inúmeras epidemias e a expansão, em grande escala, de doenças transmissíveis, que dizimaram grande parte dos povos originários no Brasil. De acordo com Ribeiro (1996), “a redução populacional dos indígenas foi tão expressiva, sobretudo ao longo do século XIX e durante as primeiras décadas do século XX, que, por algum tempo, chegou-se a aceitar a ideia de extinção gradual desses povos”. Mas, os povos indígenas resistiram a essas políticas de extermínio decorrentes dessa exclusão histórica, das mazelas sanitárias provocadas pelas conjunturas epidemiológicas, e aos discursos assimilacionistas do Estado, e seguem resistindo às relações impostas entre a sociedade brasileira e os grupos étnicos raciais politicamente subalternizados, dos quais eles fazem parte.

Na contemporaneidade, esses povos são expostos à complexidade dos inúmeros fatores determinantes da precariedade das condições de saúde, que causam impactos devastadores na vida dessa população. Desse modo, nas linhas que seguem, buscamos inicialmente fazer um breve resgate acerca da política de saúde brasileira e a partir dela situar a política de saúde dos povos indígenas, considerando sua participação nos espaços de discussões e instâncias de controle social e, sobretudo, trilhar os caminhos que os conduziram a alguns avanços em termos de garantia de direitos, o que possibilitará a compreensão acerca da luta desses povos não só pelo direito à saúde, mas também o direito a uma política de saúde que leve em consideração as suas especificidades étnicas e culturais, conforme preconizado na Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas.

4.1 A política nacional de saúde e a saúde dos povos indígenas

A fim de possibilitar a compreensão acerca da história da política nacional de saúde, é necessário entender, mesmo que brevemente, as questões que deram a base para o surgimento das políticas públicas no Brasil. As mudanças ocorridas ao longo da história estão diretamente relacionadas às mudanças na relação do Estado com a sociedade, a partir dessa compreensão situarmos o controle social na política de saúde.

As mudanças ocorridas no modelo de produção, que passa de agroexportador para o urbano industrial, fazem com que nas primeiras décadas do século XX, por meio das lutas

sociais, sejam colocadas em cena as inúmeras questões que vão exigir do Estado o atendimento às reivindicações da classe trabalhadora. Nesse sentido, os serviços de saúde que antes eram desenvolvidos por meio de ações de combate a endemias e controle das doenças, passam a atuar através de ações que visavam recuperar a saúde do trabalhador, a fim de manter sua capacidade de produção, garantindo força de trabalho e acumulação do capital.

As primeiras ações de saúde direcionadas aos trabalhadores estavam vinculadas ao que alguns autores chamam de “embrião do sistema previdenciário brasileiro”, que tem seu formato inicial a partir das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas a partir da Lei Elói Chaves em 1920. Suas ações eram direcionadas àqueles que contribuía, logo, o acesso aos serviços de saúde estava condicionado à sua condição ocupacional. Essas ações, de acordo com Bravo (2009), constituía-se no projeto embrionário do esquema previdenciário brasileiro, abarcando questões como higiene e saúde do trabalhador.

Posteriormente, a partir da década de 1930, as CAPs são unificadas e progressivamente transformadas nos Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP). E sendo o direito ao acesso à saúde condicionado à contribuição, este, diferenciava-se de acordo com a categoria profissional e a alíquota de contribuição, de modo que aqueles que não contribuía, que estavam à margem do mercado de trabalho, ficavam à mercê da caridade e filantropia.

O início da industrialização faz com que surjam vários problemas em torno dos grandes centros urbanos, o êxodo rural. Inúmeras pessoas em busca de emprego, precárias condições de vida, longas jornadas de trabalho, e o agravamento das questões de saúde decorrentes do agravamento da questão social, fez com que a classe trabalhadora viesse a reivindicar a presença do Estado no enfrentamento da questão social, a dar respostas às reivindicações dessa classe, que passam a ser tratadas não mais como questão de polícia⁶⁰. De acordo com Bravo (2009):

Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2009, p. 3).

Desta maneira, é a partir da década de 1930 que se tem de fato a intervenção do Estado no campo social, tendo em vista o processo de industrialização do Brasil e o agravamento das expressões da questão social decorrentes desse processo. O governo Vargas (1930-1945) foi um marco para as políticas sociais no país. A política de saúde é marcada por algumas

⁶⁰ Nos momentos conjunturais de aguçamento da crise de hegemonia no Brasil, a “questão social” se define como uma questão que deve ser resolvida na base dos aparelhos repressivos do Estado. Isto define a questão social como uma “questão de polícia” que, sem deixar de ser política, passa a ser resolvida com predomínio de uma de suas dimensões, a repressão efetiva, prática. (CERQUEIRA FILHO, 1982, p.28).

transformações, entre elas, a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e ainda, nos anos 40, o Plano Salte⁶¹, que contemplava ações nas áreas de saúde, alimentação, transporte e energia. Em 1953, houve uma divisão na estrutura do Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a ser Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde, e ligado a este, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que organizava e executava serviços de investigação e combate às endemias.

Alguns autores como Silva (2016) e Bravo (2009), ao tratarem a intervenção do Estado brasileiro no campo da saúde no período de 1930 até a década de 1960, descrevem que a política de saúde brasileira era organizada em dois setores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

[...] o da saúde pública que predominou de 1930 à primeira metade da década de 1960 e centrava-se na formulação de condições mínimas sanitárias para o setor urbano com vista às transformações decorrentes do capital industrial nas cidades repercutindo no aumento do contingente populacional, péssimas condições de higiene, habitação e saúde. O segundo subsetor, a medicina previdenciária, soma-se à lógica privatista do modelo médico industrial de base hospitalocêntrico e natureza privada, motivada pelos interesses da corporação médica ligada ao setor de capitalização da saúde. Esses interesses pressionavam o Estado no financiamento dos complexos médicos industriais, com implementação de altas tecnologias (SILVA, 2016, p. 35).

No que se refere à saúde direcionada aos povos indígenas, há a afirmação, por parte de alguns autores⁶², de que o primeiro movimento institucionalizado de um discurso acerca da saúde dos povos indígenas no Brasil ocorreu em 1910, no período de atuação do Serviço de Proteção aos Índios, mas este, não instituiu qualquer forma sistemática de prestação de serviços de saúde aos povos indígenas, tratava-se de uma atuação que envolvia apenas ações pontuais, e essas ações restringiam-se a planos emergenciais de assistência a eles direcionada.⁶³

⁶¹ No Plano Salte a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada desde os anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. (BRAVO, p. 5-6, 2009).

⁶² Ver: Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena, de Pontes, Machado, Santos e Brito (2019).

⁶³ Ver: COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cad. Saúde pública*. 1987 out/dez; 4(3):388-401.

A partir da década de 40, por meio das ações criadas por Herbert Serpa, diretor da Seção de Estudos (SE) do SPI, foi criado o Plano de Serviço Médico Sanitário do SPI, em 1947, e nele, como um dos seus pressupostos, a necessidade de se criar uma especialidade - a saúde indígena - que reconhecesse as especificidades culturais desses povos. De acordo com Brito (2020), seu projeto estabelecia como urgente a estruturação de uma normativa sobre a assistência aos indígenas, que contemplasse as especificidades culturais e as demandas sanitárias daqueles grupos. Naquela ocasião, observa-se que algumas ações de atenção básica de saúde destinadas à população indígena e rural em área de difícil acesso começam a ocorrer a partir da estruturação do Plano de Serviço médico do SPI⁶⁴.

Com isso, foi criado um serviço de assistência médica aos indígenas, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), criado em 1950, que tinha como objetivo levar ações de saúde à população indígena em locais de difícil acesso. Essa proposta surge por iniciativa do médico e indigenista Noel Nutels, e assim, inicia-se um trabalho que tinha a preocupação de estruturar um atendimento à saúde dessa população, o que posteriormente levaria à criação das Unidades Volantes para atendimento à saúde dos povos indígenas. Além disso, pode-se destacar a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), criado pelo médico Noel Nutels⁶⁵ para levar alguns atendimentos à população indígena isolada, que era vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde.

Com a extinção do SPI, a Funai criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas prestando assistência médica, mas não tinham uma estrutura capaz de atender todas as demandas nas inúmeras regiões do país. A Funai, com a adoção de um modelo de assistência que também era orientado por campanhas emergenciais, não dispunha de capacidade para gerenciar os serviços de atenção à saúde dos povos indígenas.

Apesar de algumas poucas ações de saúde direcionada a população indígena naquele período, faz-se necessário reiterar que, na prática, se deu uma política genocida de intensa violação de direitos e violência cometida contra esses povos, conforme já tratado anteriormente.

⁶⁴ “O Plano de Serviço Médico Sanitário do SPI, apresentado por Herbert Serpa, diretor da Seção de Estudos (SE) tinha como um dos seus pressupostos a necessidade de se criar uma especialidade – a saúde indígena – a partir de crítica às ações do Ministério da Educação e Saúde, que enfatizavam a assistência rural e a saúde das populações caboclas” (BRITO; TRINDADE, 2013, p. 96).

⁶⁵ O SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas) objetivava ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso. Através do SUSA o trabalho se ampliou para os grupos indígenas do sul de Mato Grosso, e da área do Rio Negro (na Amazônia). As ações desenvolvidas foram vacinações, extrações dentárias e cadastro torácico. (COSTA, 1987).

A avaliação realizada pela própria Fundação Nacional do Índio em 1985, no Encontro Sobre Saúde Indígena, chega a declarar que “seus problemas são verdadeiramente trágicos”. Não dispunham de recursos humanos capacitados e nem quantidade suficiente para realização das ações de saúde, além “da inadequação dos esquemas terapêuticos aplicados, carência de medicamentos, desnutrição, poluição ambiental, e descontinuidade dos programas de imunização” (FUNAI, 1985), o que corrobora a questão anterior.

Desse modo, todas essas dificuldades, somadas às inúmeras críticas voltadas a realidade dos povos indígenas, tendo em vista as constantes denúncias de genocídios contra esses povos, compunham o contexto de extrema violência causadas pelo abandono, situações análogas à escravidão, massacres e demais violências decorrentes das políticas desenvolvimentistas advinda daquele contexto. Tudo isso contribuiu para que, ainda na década de 1960, as primeiras manifestações do protagonismo⁶⁶ indígena começassem a surgir no Brasil, conforme foi evidenciado no capítulo anterior. Os povos indígenas se mobilizam, se organizam e unidos a inúmeros outros movimentos sociais escrevem a história de luta pela saúde no Brasil, o que os torna protagonistas⁶⁷ dessa luta.

Nesse contexto, da ditadura empresarial militar, as políticas de saúde buscavam a expansão do setor privado, as ações de saúde pública eram direcionadas às zonas rurais e a população carente. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, priorizava a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários. Com um modelo de saúde que privilegiava o setor privado, Bravo (2009, p. 7) afirma que “a saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966”.

Tendo em vista a prioridade dada ao setor privado, no período, intensificou-se os problemas relacionados à saúde pública, e foi nesse cenário que surgiu, em meio aos movimentos contra o regime militar, na segunda metade da década de 70, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Os movimentos e organizações populares ganham força, estabelecendo uma forte oposição ao Estado autoritário por meio de sua organização. Diferentes estratégias organizativas de grupos em defesa da saúde para todos os brasileiros possibilitaram a unificação dos interesses comuns em torno do fortalecimento da saúde pública e universal.

⁶⁶ O termo protagonismo originou-se da palavra protagonista, que surgiu na Grécia Antiga e, de acordo com Darci Secchi, “é composta pelas raízes das palavras proto, que se traduz como “o principal” e agonistes, que significa “lutador” (SECCHI, 2007 p.14-15).

⁶⁷ Maria da Glória Gohn (2008) afirma que “as palavras ator e protagonista passaram a ser utilizadas pelas ciências humanas para referir-se aos “atores que configuram as ações de um movimento social” (GOHN, 2008, p. 9).

4.2 Mobilização e luta pelo direito à saúde e a participação social

A articulação dessa luta era em torno de um modelo de saúde que visava a superação do modelo existente, que era pautado em um modelo de cunho curativo e privatista, com iniciativas de caráter individual e campanhista, e inseridos nessa luta, mobilizando-se em torno do direito à saúde, encontravam-se os povos indígenas, de modo que, paralelo ao Movimento da Reforma Sanitária, avança as discussões em torno da política indigenista e da saúde da população indígena no país. A luta política girava em torno da criação de um modelo de saúde pública de qualidade, superando a oferta de serviços esporádicos e ineficientes, e em prol de um modelo que levasse em consideração as questões que determinavam o processo saúde doença. Um Sistema Nacional de Saúde com base no conceito ampliado de saúde⁶⁸, que propunha uma assistência universal, equânime e integral, com serviços organizados de forma regionalizada, descentralizada e com a participação da sociedade nos processos decisórios, por meio das instâncias de controle social.

Esses movimentos objetivavam mudanças no sistema público de saúde por meio da reforma denominada Reforma Sanitária⁶⁹, que clamava por um modelo de saúde universal, público e de qualidade, no qual a população pudesse participar. Nesse ínterim, as forças sociais e políticas decorrentes dos movimentos que compunham o Movimento da Reforma Sanitária se fortaleceram e ganharam aliados na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que teve como um dos eixos a participação social na perspectiva do controle social e inaugurou a ampla participação dos setores organizados na sociedade civil nas Conferências de Saúde, sendo, portanto, nesse contexto, que surge a expressão controle social.

Logo após a VIII CNS, iniciou-se também a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde indígena brasileira, que teve como desdobramento a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) ainda em 1986⁷⁰, que representa um marco na saúde dos povos indígenas no Brasil, pois foi na ocasião da sua realização que pela primeira vez o Estado reuniu

⁶⁸ Conceito Ampliado de Saúde: A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (Anais da 8ª CNS, 1986).

⁶⁹ Sobre a constituição do Movimento da Reforma Sanitária consultar Escorel (1998), *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*.

⁷⁰ Indica-se o início das discussões a respeito do tema na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI), em 1986; em seguida, são referidas a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), em 1991/1992; e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993; momentos subsequentes incluem a transitoriedade das responsabilidades legais em torno da saúde do índio entre a Fundação Nacional do Índio (Funai) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), ao longo da década de 1990; culminando na aprovação da Lei Arouca, em 1999 (PONTES *et al.*, 2019).

representantes de várias populações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena, para discutir propostas e diretrizes relativas à saúde do índio (BRASIL, 2006). Diferentes lideranças indígenas tiveram direito de participar das discussões em torno da formulação das diretrizes voltadas à saúde dessa população.

A VIII Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco na reformulação da saúde no Brasil, sendo a primeira Conferência que contou com a participação da população. No seu relatório final, pode ser observado que, entre as propostas de reformulação do SUS, encontra-se a “participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde” (RELATÓRIO DA 8ª CNS, 1986).

Ainda de acordo com o seu relatório final, a Conferência contou com a participação de mais de 4.000 pessoas. Ela vai materializar o processo democrático e participativo das discussões⁷¹ na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas, tendo a política de saúde como pioneira nesse debate, assim, destacamos as Conferências e os Conselhos⁷² como mecanismos de participação e controle social das políticas públicas, os quais foram instituídos em lei em 1990.

E é nesse contexto de efervescência dos movimentos sociais contra o modelo privatista de saúde existente e em torno da luta em favor de um sistema de saúde público, universal e de qualidade, que se garante a participação de setores organizados na sociedade, ou seja, a possibilidade de participar e interagir com os gestores para estabelecer prioridades e definir as políticas com vistas ao atendimento às necessidades reais da população. Como podemos ver nas palavras de Correia (2006):

A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do ‘controle social’ no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, 2006, p. 15).

⁷¹ De acordo com o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde o evento contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, evidenciando a ampla participação dos setores da sociedade civil organizada, propondo e discutindo os temas: Saúde como direito, reformulação do sistema de saúde e financiamento.

⁷² Constituem-se em instâncias colegiadas que objetivam o controle social com uma lógica inversa à do período ditatorial, em que a classe dominante através do Estado mantinha o controle exclusivo sobre o conjunto da sociedade, com seus organismos de repressão e censura. Este controle social pressupõe o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado no âmbito das políticas sociais. A utilização desta expressão nesta significação surge, na década de 1980, período de redemocratização do Estado brasileiro, frente a um Estado autoritário e centralizador (CORREIA, 2000).

Assim, a participação social é prevista no inciso III do art. 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Sendo posteriormente considerada um dos pilares do SUS, configurando-se em instrumento de democracia participativa que implica aos agentes públicos a obrigação de criar mecanismos de participação para a inserção da população na formulação, implementação, gestão e controle das políticas públicas.

Essa participação da sociedade se materializa nos Conselhos e Conferências de Saúde que são regulamentados pela Lei nº 8.142/ 1990⁷³ e pela Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde,

[...] que além de ampliar a definição de conselho de saúde vai destacar que, o processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em conselhos regionais, conselhos locais, e conselhos distritais de saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários de Saúde Indígena (BRASIL, 2003, p. 4).

Desta maneira, entende-se que o processo de participação da sociedade nos mecanismos de controle social sobre as políticas públicas está vinculado à democratização do Estado⁷⁴. A participação de setores organizados na sociedade civil, nessas instâncias deliberativas, é envolvida pela dinâmica contraditória própria desses espaços de tomada de decisões e dependem em grande medida da direção política dos que ocupam esse espaço, que de acordo

⁷³ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que contará em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas: Conferências e Conselhos de Saúde. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, LEI 8080/1990).

⁷⁴ No contexto da ditadura militar, o país passou a ser governado por meio de atos institucionais, leis de segurança nacional e decretos secretos, o que caracteriza a forte repressão e controle sobre a população, propensa a manifestações de insatisfação. Assim, o controle social passou a ser exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade, pois as possibilidades de participação popular foram suprimidas da cena política e as pressões populares, tratadas com repressão. Foi uma época em que os movimentos populares e sindicais se retraíram e em que o movimento de resistência continuou nas 'catacumbas'. Houve crescente centralização de recursos e decisões, principalmente depois da promulgação da Constituição de 1967 e da Emenda Constitucional de 1969. Incrementou-se a racionalização do aparelho estatal no trato das políticas sociais, o que conferiu maior grau de especialização a cada órgão (CORREIA, 2000).

com Costa e Vieira (2013), vivenciam um processo diverso e nem sempre retilíneo em relação aos avanços esperados, sendo ele dependente das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e propositiva.

Nesse sentido, a descentralização do poder decisório através da instituição desses espaços, que se constituem espaços democráticos de participação, foi de grande relevância para os segmentos populares da sociedade organizada na perspectiva de luta pela garantia de seus direitos e da ampliação da democracia. Desse modo, faz-se necessário a compreensão acerca dessa participação para fins do controle social, que pode ter diferentes sentidos, em se tratando das concepções de Estado e sociedade civil e suas perspectivas acerca desse controle, o que nos remete a uma breve introdução acerca dessa relação e dos conceitos de controle social, que norteiam esse estudo.

Mas, antes de abordamos essa questão, faz-se necessário compreender como essa política se efetivou para a população indígena, que vislumbrava uma política de saúde na perspectiva de atenção diferenciada, com garantia de que na execução das ações de saúde a eles direcionadas fosse considerado suas especificidades étnicas e culturais, de modo que faremos breve considerações acerca dessa noção.

4.3 A perspectiva de atenção diferenciada com base na determinação de saúde dos povos indígenas

Entende-se que as conquistas em termos da garantia de direitos dos povos indígenas, sobretudo do direito à saúde, decorrem da organização e luta desses povos junto à sociedade e demais movimentos contrários ao modelo de saúde proposto. A população indígena, que marcou presença na luta pela saúde, tem como respostas à sua mobilização avanços que os colocam à frente de conquistas hoje expressas na CF/88 e são apresentadas em normativos como a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI-SUS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A implantação da PNASPI ocorre em decorrência da luta desses povos pela garantia de assistência à saúde, mas, sobretudo, a garantia de que na política fosse observado o respeito aos sistemas tradicionais de saúde desses povos, por meio de uma atenção diferenciada. E aí é importante compreender que essa atenção diferenciada não significa dispensar mais ou menos privilégios aos povos indígenas, mas, o direito a um modelo de atenção à saúde, que, tendo em vista o princípio equidade na assistência prestada, pudesse garantir a interculturalidade dos povos e a articulação entre os sistemas tradicionais e modernos de saúde.

Desse modo, a PNASPI foi implantada apenas em 2002, pois alguns dos seus objetivos iam de encontro às propostas da Política Nacional de Saúde, que defendia propostas mais gerais, que não contemplavam as especificidades da população indígena. Como exemplo, podemos citar a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, logo após a implantação do SUS, que trouxe como tema central: A municipalização é o caminho. Ou seja, enquanto o SUS buscava a municipalização da saúde, os povos indígenas buscavam uma política de saúde, cuja direção fosse a nível federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, e a implementação de suas ações executada por meio do modelo de distritalização proposto no subsistema de saúde indígena.

A luta dos povos indígenas pela garantia de uma política de saúde que levasse em consideração suas especificidades culturais e forma de organização social, visava também acabar com as alarmantes iniquidades étnicas presente no sistema de saúde existente, principalmente questões relacionadas às condições de saneamento, de moradia, e a qualidade dos serviços de saúde, fatores que influenciavam diretamente nas suas condições de vida.

As difíceis condições sanitárias colocam os povos indígenas em situações desfavoráveis de saúde e, a depender da região que habita, esses contextos serão ainda mais complexos, influenciando no perfil epidemiológico dessa população. Baseados em uma análise realizada uma década após a implantação do subsistema de saúde indígena, ao se referirem ao perfil de saúde dos povos indígenas, Coimbra e Santos (2010) afirmam que:

[...] a despeito dessa intensa dinâmica, o perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas no Brasil continua muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos regulares, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade. (COIMBRA; SANTOS, 2010, p. 1466).

É importante compreender que com a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos indígenas foi criado um sistema de informação, que visa subsidiar os diagnósticos e prioridades para o planejamento das ações de saúde indígenas.

Em 2000, como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Esse sistema visa à coleta, ao processamento e à análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura. (CSP/ FIOCRUZ, 2007, p. 854).

Com base em um recente estudo, realizado em 2022, acerca da avaliabilidade do SIASI e suas potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local, estudo publicado na revista Cadernos de Saúde Pública (CSP), “com a implantação do sistema, pretendia-se

melhorar a qualidade dos dados demográficos e epidemiológicos coletados nas aldeias, que antes não eram satisfatoriamente consolidados e analisados” (CSP, 2022, p. 02). O estudo revelou que o sistema como ferramenta de apoio à gestão em nível local é um sistema viável, mas revelou algumas dificuldades que se diferenciam de acordo com as características específicas de cada região⁷⁵.

Apesar das dificuldades com o sistema de informações, no que se refere ao perfil epidemiológico desses povos, estudos como o do médico sanitário Douglas Rodrigues (2022) apontam que “as populações indígenas apresentam vulnerabilidades nos dois polos, ou seja, prevalência alta de doenças infectocontagiosas e também de problemas crônicos, como diabetes e hipertensão, além de índices elevados de obesidade e desnutrição” (FIOCRUZ, 2020, p. 02).

Inúmeras evidências acerca das condições de vulnerabilidades as quais os povos indígenas são submetidos foram evidenciadas por meio da realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas⁷⁶, realizado entre 2008 e 2009, em que pela primeira vez uma pesquisa de abrangência nacional contemplou o contingente indígena no nosso país.

Desse modo, a perspectiva intercultural que pressupõe uma atenção diferenciada no atendimento à saúde dos povos indígenas fundamenta-se na sua diversidade cultural e nas especificidades dos inúmeros contextos sociais e de saúde que envolve essa população. E essa atenção diferenciada tem como base o princípio da equidade, no qual o SUS deverá assegurar às populações um atendimento diferenciado, que leve em consideração às suas especificidades étnicas e culturais em todos os níveis de assistência.

Nesse sentido, a PNASPI vai definir os aspectos gerais do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, seu modelo de assistência, financiamento e participação social, além de questões que estejam relacionadas à garantia dessa atenção diferenciada e menos desigual. Uma atenção voltada para os indicadores da saúde dos povos indígenas, para a continuidade da assistência nos serviços de saúde e para o estabelecimento de um diálogo intercultural nos serviços de saúde que prestam assistência a esses povos.

Dados estatísticos demonstram que no território brasileiro existem 305 etnias indígenas que falam 274 línguas, totalizando 817.963 pessoas. Destas, 502.783 vivem na zona rural e

⁷⁵ O estudo revela alguns fatores internos que impactam nessa realidade: Resistência por parte da EMSI em relação ao excesso de formulários demandados pelo SIASI para atividades em área; Centralização do SIASI; Rotatividade dos profissionais nos DSEI/ DIASI; Inexistência de profissional em tecnologia da informação no DSEI; Rede de Internet deficiente; O sistema é para os indígenas aldeados – perda de informações dos indígenas não aldeados atendidos fora do polo-base; Não contempla inserção de práticas da medicina tradicional; Inconsistência no preenchimento dos formulários (CSP, 2022).

⁷⁶ Para acesso ao Relatório final do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas acessar <https://www.abrasco.org.br/>.

315.180 habitam as zonas urbanas (IBGE, 2010). Essa diversidade cultural reafirma a identidade multicultural do país, que é reconhecida na CF/88.⁷⁷

A Constituição Federal de 1988, além de ter oficializado a proposta de superação da condição de tutela, a qual estavam expostos os povos indígenas, e reconhecê-los enquanto cidadãos por intermédio da garantia de seus direitos, sendo o primeiro mecanismo oficial a reconhecer o Brasil como um país multicultural, assegurou o reconhecimento e visibilidade das culturas historicamente marginalizadas. Ela estabeleceu as bases para a garantia de políticas públicas voltadas para a defesa da igualdade com vistas ao reconhecimento das especificidades de cada povo, levando em consideração as diferenças socioculturais através de um diálogo intercultural⁷⁸.

Mas apesar da sociodiversidade e do reconhecimento das diferenças por intermédio de algumas iniciativas emancipatórias como a CF/88, essa parcela da população vislumbra políticas que contemplem não apenas as diferenças étnicas de grupos específicos, mas a superação das injustiças decorrentes das diferenças sócio econômicas e culturais do nosso país, injustiças que são determinantes para suas condições sociais e de saúde, e que colocam alguns segmentos da população em situações de extrema desigualdade em relação aos demais grupos da sociedade.

Nesse sentido, ao tratar o caráter histórico e social do processo saúde doença, Laurell (1982, p. 3) afirma que “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo de adoecer e morrer nos grupos humanos”. Verifica-se o caráter social da doença, em que em uma mesma sociedade as classes que a compõem demonstraram condições de saúde distintas. E acrescenta que “[...] há uma articulação entre o processo social e o processo de saúde doença, e que este, deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes” (LAURELL, p. 7, 1982).

Acerca da determinação desse processo, Laurell (1982) acrescenta que o processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento,

⁷⁷É importante registrar que apesar do recenseamento realizado neste ano de 2023, até a publicação desta dissertação os dados atualizados ainda não haviam sido disponibilizados.

⁷⁸ No campo da saúde indígena, a noção de interculturalidade geralmente é empregada para caracterizar os contextos da atenção, às relações e os processos comunicativos estabelecidos no contato entre duas culturas diferentes – a indígena e a ocidental. Na PNASPI vigoram as abordagens: a descritiva, que caracteriza os contextos da saúde indígena como interculturais; e a prescritiva que estabelece o princípio da atenção diferenciada e a articulação entre os serviços de saúde e as medicinas tradicionais indígenas como forma de garantir a integralidade da atenção à saúde dos povos indígenas. Se na política, aparentemente, é a dimensão prescritiva da interculturalidade que ganha destaque, no âmbito dos estudos antropológicos em saúde indígena anteriormente considerados, por sua vez, parece prevalecer justamente a dimensão descritiva da interculturalidade (FERREIRA, 2015, p. 225).

apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Desse modo, entende-se que para a análise das determinações desse processo, faz-se necessário conhecer os fatores que constituem a história acerca da inserção do indivíduo ou determinado grupo no conjunto das relações sociais em determinado momento histórico.

Sendo assim, no que se refere à saúde dos povos indígenas, entende-se que as determinações acerca desse processo derivam das condições objetivas de vida, condições que se fundamentam a partir dos elementos históricos acerca da sua relação com a terra, que impactam diretamente na saúde dessa população.

Sabe-se que para os povos indígenas a saúde está diretamente relacionada à sua relação com a terra e a natureza, seus sistemas tradicionais, que são articulados a inúmeros fatores, como sua organização social, sua cultura, o uso de plantas medicinais e rituais de cura, além das práticas desenvolvidas tradicionalmente pelos pajés e curadores. Nesse sentido, entende-se que a determinação social da saúde dessa população relaciona-se, sobretudo, com o território, à autonomia quanto a suas práticas tradicionais e à sua interação equilibrada com a natureza, relação que é ameaçada pelos interesses decorrentes do capital que avançam sobre as terras indígenas.

E em se tratando da PNASPI, é importante compreender a articulação dessas ações, baseado no reconhecimento dos sistemas tradicionais através dos saberes e práticas indígenas com os sistemas de saúde, mas, faz-se necessário entender que:

As práticas tradicionais indígenas apresentam recursos que os serviços de saúde não proporcionam. A escolha desses tratamentos decorre de visões acerca do ser humano e de significados atribuídos às suas próprias experiências de vida diante dos processos de adoecimento, de cura, de saúde e de doença – assim, tais significados estão em constante construção, não são algo definitivo. Portanto, as decisões de uma prática popular em saúde seguem uma avaliação da realidade em que o paciente está imerso e há inúmeros motivos para buscar essa opção de tratamento. (COSTA; CATANIO; ARAGÃO *et al.*, 2016, p. 113).

As estratégias propostas na política de saúde dos povos indígenas visam contemplar cada grupo desse segmento populacional a partir de suas características demográficas, sua organização, especificidades culturais, com base na determinação do processo saúde e doença dessa população.

A concepção indígena de saúde e doença, diferentemente dos conceitos biomédicos ocidentais, são, conforme Sartori e Leivas (2017, p. 89), “baseados em fenômenos e relações que demanda, além da sensibilidade dos profissionais de saúde, atuação capacitada para traduzir, em um diálogo de sentidos e sob determinadas limitações, essas complexas

diferenças”. Desse modo, é importante compreendermos que a luta por uma atenção diferenciada é baseada na noção de interculturalidade presente no âmbito da política de saúde indígena, que se expressa nos discursos acerca do tema, por meio da proposta de articulação entre os sistemas tradicionais e ocidental de saúde. Vejamos:

No campo da saúde indígena, a noção de interculturalidade geralmente é empregada para caracterizar os contextos da atenção, às relações e os processos comunicativos estabelecidos no contato entre duas culturas diferentes – a indígena e a ocidental. No entanto, as definições atribuídas a essa noção, em geral, são múltiplas e conceitualmente imprecisas, conformando-a como uma categoria discursiva polissêmica. Mesmo assim, convém ressaltar que o sentido que informa essa noção está intimamente associado ao conceito de cultura com a qual os agentes que a acessam estão operando (FERREIRA, 2015, p. 220).

Nessa perspectiva, o conceito de interculturalidade, ao se referir ao conceito de atenção diferenciada na prestação de serviços de saúde à população indígena, deve ser apreendido de forma crítica, para que este não venha propiciar barreiras para um atendimento diferenciado a essa população. Para que esse conceito seja apreendido no sentido da articulação entre os saberes, no respeito às práticas e valores do sistema tradicional indígena e na consideração e reconhecimento da diversidade dos povos originários, que são propostos nas normativas a eles direcionados.

No que se refere à operacionalização dos serviços de saúde que compreendam essa prática na atenção à saúde dos povos indígenas, Mota e Nunes (2018, p. 15) reforçam que “a despeito do que dispõe o texto da PNASPI, não há documentos oficiais que orientem no sentido da operacionalização dessa perspectiva diferenciada de atenção”.

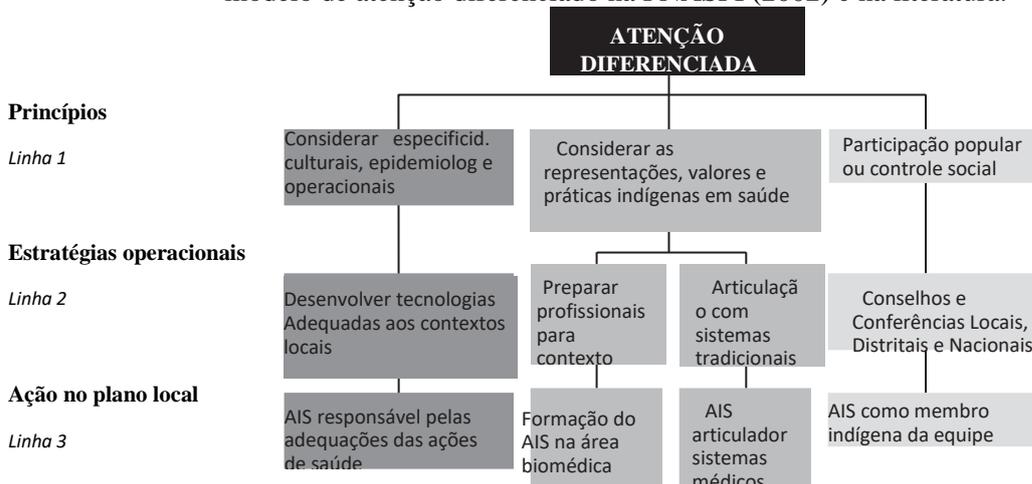
Nesse sentido, para que essa atenção diferenciada se efetive, faz-se necessário que, além da dimensão de acesso e continuidade de assistência em todos os níveis de atenção à saúde, esses povos tenham garantido o que preconiza a PNASPI por meio de suas diretrizes, que compreende,

[...] a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; controle social (BRASIL, 2002, p. 13).

Baseado nos princípios indigenistas de respeito e valorização da cultura de cada etnia indígena, e de acordo com que preconiza a PNASPI, pesquisadores que se dedicam ao estudo da saúde dessa população, elaboraram um quadro representativo que possibilita a visualização

dos princípios atribuídos à atenção diferenciada e as estratégias operacionais sugeridas pela PNASPI, bem como a sua operacionalização, com ênfase na atuação dos Agentes Indígenas de Saúde. A partir desse quadro, observa-se a síntese realizada por Pontes, Rego e Garnelo (2014):

Figura 1 - Síntese dos princípios, das estratégias operacionais e das ações no plano local atribuídos ao modelo de atenção diferenciada na PNASPI (2002) e na literatura.



Fonte: Pontes, Rego e Garnelo (2014).

O desafio da construção de práticas de atenção culturalmente diferenciadas torna-se imprescindível diante das mudanças na cultura dos povos indígenas que decorrem do contato com o branco, e que enfraquece suas tradições acentuando o desafio da prática de uma atenção diferenciada. Nesse sentido, Langdon, Diehl e Dias-Scopel (2014, p. 223) enfatizam que “o grau de inserção do grupo indígena na sociedade envolvente e a compreensão das equipes multidisciplinares acerca do princípio da atenção diferenciada são aspectos que influenciam sobremaneira sua efetivação”.

Torna-se imprescindível, portanto, definir o que o Estado brasileiro entende por atenção diferenciada à saúde, de forma participativa e dialogada com os diferentes povos indígenas do país, a fim de construir um conceito pleno de sentido compartilhado e capaz de se concretizar por meio das práticas dos agentes envolvidos na sua operacionalização (MOTA; NUNES, 2018, p. 21).

Para que essas ações se concretizem e que os serviços sejam executados de forma articulada, novas práticas de cuidado devem ser implementadas, e para que essas ações possam, de fato, atender de forma diferenciada os grupos populacionais aos quais estamos nos dedicando neste estudo, é necessária a ampliação do debate acerca da política de saúde entre esses povos, a efetiva participação dessa população nos espaços de discussões e nas instâncias de controle social, para que se possa superar evidências como as que foram reiteradas mais recentemente

com os impactos causados pela pandemia da covid-19, pois, sabe-se que as condições sociais, econômicas e de saúde dos povos indígenas ampliaram o potencial de disseminação de doenças, de modo que, baseado em dados obtidos por meio de publicação da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), pode-se afirmar que “os povos indígenas estão entre os grupos mais vulneráveis no avanço da pandemia e encontram-se desprovidos de condições para enfrentar a doença” (APIB, 2020).

Tal fato também pôde ser evidenciado em publicação realizada por Correia e Alves (2021, p. 11) ao afirmarem que “a relação entre trabalho, desigualdade social, condições de vida e processo saúde e doença é central para entender essa realidade”. Outrossim, as autoras ressaltam a determinação social do processo saúde e doença na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira, “que é historicamente determinado pela sociedade de classes, que produz e reproduz diferentes condições de trabalho e modos de vida” (CORREIA; ALVES, 2021, p.11). E acrescentam,

A pandemia do novo Coronavírus é atravessada pela questão de classe, raça e gênero. A imensa desigualdade social produz desiguais condições de adoecimento e de morte, relacionadas às desiguais condições de vida e de trabalho, estruturais para as relações de produção capitalista. (CORREIA; ALVES, 2021, p. 11).

Nesse ínterim, podemos compreender que a determinação social do processo saúde e doença influenciou em grande medida nas condições de enfrentamento do novo Coronavírus nos contextos onde se situam os povos indígenas, o que se confirma por meio da mesma publicação, que traz dados do estudo que revela que “os indígenas tiveram risco de infecção cinco vezes maior que os brancos” (CORREIA; ALVES, 2021, p.15).

Assim, entende-se que os prejuízos advindos do processo de colonização, ainda recorrentes no século atual, são considerados fatores determinantes para a saúde dos povos indígenas e questões tão presentes no cotidiano dessa população, como o direito à terra, condição fundamental para a saúde dos povos indígenas, além de fatores como a degradação socioambiental, a exploração de minério nas terras indígenas, o agronegócio, o garimpo, entre outros.

O que se pode observar é que entre as conquistas expressas por meio das legislações direcionadas à saúde desses povos e a sua implementação, há um longo caminho a ser percorrido, a fim de diminuir as inúmeras fragilidade na sua implementação; fragilidades que podem se dar em maior ou menor intensidade, a depender da realidade de cada povo em cada região do país. Como exemplo podemos citar a situação crítica que se evidenciou através do colapso no sistema de saúde de Manaus, em 2021, durante a pandemia, situação que demonstra

a precariedade da saúde pública e o cenário ao qual estão expostos os povos indígenas daquela região.

Mais recentemente, em janeiro de 2023, não podemos deixar de mencionar a grande crise humanitária vivenciada no território Yanomami, que fez com que o Ministério da Saúde decretasse Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. A situação vem à tona e revela os determinantes sociais que colocam esses povos em situações de diferentes formas de violência, como o garimpo ilegal, exposição ao mercúrio, desnutrição e o desprezo genocida pela vida, sobretudo pela vida indígena.

De acordo com o Ministério dos Povos Indígenas (2023), 99 crianças yanomami morreram em 2022 em consequência do avanço garimpo ilegal na região, assim, “[...] e estima-se que nos últimos quatro anos, período que compreende os anos de 2019-2022, um total de 570 crianças foram mortas pela contaminação por mercúrio, desnutrição e fome” (CARTA CAPITAL, 2023).

As inúmeras fragilidades na implementação dessas políticas são permeadas por diferentes interesses, em especial sobre os interesses do capital, que marcam a relação entre os povos indígenas e o Estado. Interesses que se materializam por meio dos projetos que se revelam nos ataques, desrespeito, retrocesso e violações a tais conquistas, o que se vê em ampla escala, na não efetivação dos princípios norteadores da política nacional de atenção à saúde desses povos, na não integralidade da assistência e nas dificuldades enfrentadas para garantir o acesso a uma atenção culturalmente diferenciada.

Por isso, é importante compreendermos a luta dos povos originários diante desse processo histórico de exclusão, que foi marcado por políticas deficitárias, que os levaram à maior vulnerabilidade e privação do acesso aos seus direitos, conforme demonstram as situações de saúde presentes ainda na contemporaneidade.

Assim, reitera-se que, para que se possam vislumbrar a efetivação de uma assistência à saúde que integre o que preconiza a PNASPI, é imprescindível a participação dessa fração da sociedade na elaboração e implementação das políticas públicas, a fim de que se possa, efetivamente, construir práticas que superem os conceitos esvaziados acerca dessa atenção. Ou seja, práticas que busquem a implementação de ações efetivas nos diferentes contextos culturais nos quais estão inseridos; ações em torno da construção de uma atenção não apenas diferenciada, mais equânime e integral, que perpassa pela base não apenas cultural, mas também social.

É nesse sentido que buscamos resgatar os caminhos e a trilha de resistência desses povos, que os colocam diante de conquistas como a implantação do subsistema de atenção à

saúde indígena e uma política de saúde específica a eles direcionada. Luta que se faz presente e necessária diante das inúmeras barreiras postas à sua implementação e que tem na organização e participação desses povos possibilidades quanto a sua implementação.

Desse modo, propomos abordar a participação desses povos nos espaços de discussões para fins do controle social, com vistas à garantia da implementação da PNASPI, que visa a execução de ações de saúde por meio de práticas que propõem uma atenção diferenciada. Contudo, antes de tudo, é necessário entendermos a discussão acerca do controle social, de modo que possamos compreendê-lo do ponto de vista das classes subalternas⁷⁹, nas quais estão inseridos os povos indígenas.

4.4 A relação Estado, sociedade civil e o controle social da saúde

Para que se possa compreender a discussão acerca do controle social, faz-se necessário, primeiramente, um entendimento acerca da relação entre Estado e sociedade civil, na qual se insere o debate sobre o controle social. Para possibilitar essa compreensão, é importante mencionar que aqui adotamos a concepção Gramsciana acerca dessa relação e da qual trataremos brevemente a seguir.

De acordo com Correia (2004), a expressão controle social é uma particularidade que surge no Brasil na época da redemocratização do país, tendo em vista o contexto da ditadura militar, de um Estado autoritário e uma sociedade civil que queria mudanças. Nesse sentido, a autora ressalta que “criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças” (CORREIA, 2004, p. 13), a qual foi associada à ideia de ser homogênea por ser o oposto de militar. Dessa maneira, se pensava a sociedade civil associando-a a “tudo que era bom”. Porém, a autora reitera que a sociedade civil não é homogênea, que ela também é atravessada por lutas de classes que nela se organizam. E acrescenta:

Tratar a sociedade civil como hegemônica é desconectá-la da base material, ou seja, das relações sociais de produção, do todo social. Pois são as contradições que emanam dessa base, que se expressam e se confrontam na sociedade civil. Assim, pode-se afirmar que a heterogeneidade dos interesses que compõem a sociedade civil é o

⁷⁹ Acerca dessa concepção, Simionatto (2009) afirma que nos Cadernos do Cárcere é que Gramsci amplia largamente o significado desse conceito, demarcando seus nexos dialéticos com o Estado, a sociedade civil, a hegemonia, a ideologia, a cultura e a filosofia da práxis. Ele afirma que as primeiras noções sobre o termo “subalterno” aparecem nos escritos pré carcerários, empregadas para designar a submissão de uma pessoa a outras, mais especificamente no contexto da hierarquia militar. De modo que têm sido utilizados, contemporaneamente, na análise de fenômenos sociopolíticos e culturais, normalmente para descrever as condições de vida de grupos e camadas de classe em situações de exploração ou destituídos dos meios suficientes para uma vida digna. (SIMIONATTO, 2009, p. 42).

reflexo da mesma heterogeneidade das classes que compõem as relações sociais de produção (CORREIA, 2005, p. 60).

Entende-se que é a partir dessa concepção de sociedade civil homogênea que, naquela conjuntura, criou-se uma dicotomia entre Estado e sociedade civil, de modo que se faz necessário a compreensão dessa relação para que possamos situar o controle social na perspectiva das classes sociais, uma vez que Correia (2005) afirma que a concepção de sociedade civil que faz essa dicotomia entre Estado e sociedade civil é de inspiração neoliberal.

Assim, Correia (2005), apoiada na teoria do pensamento de Gramsci, compreende que não existe essa dicotomia entre Estado e sociedade civil, considerando que ele vai chamar de “relação orgânica” a relação entre Estado e sociedade civil, e afirmar que o Estado, em seu sentido amplo, é composto de duas esferas principais: a sociedade política e a sociedade civil, e que nas palavras de Coutinho (1992):

[...] a sociedade política (que Gramsci também chama de “Estado em sentido estrito” ou de “Estado-coerção”), que é formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência, e que se identifica como os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar; e a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, igrejas, partidos políticos, os sindicatos profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa, etc.) (COUTINHO, 1992, p. 76-77).

A partir do excerto, compreende-se que o Estado é formado pela sociedade política e a sociedade civil, e que nessa dinâmica entre Estado e sociedade civil implica uma disputa de classes. Assim, como já supramencionado, deve-se entender que a sociedade civil não é homogênea, ela é atravessada pela luta das classes, por contradições, e que nela transita inúmeros movimentos, havendo, portanto, diferentes interesses. Nessa perspectiva, Correia (2005, p. 5) afirma que “a sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais”. Logo, as lutas processadas nesses espaços constituem-se na luta de classes.

As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da “direção político-ideológica” (CORREIA, 2005, p. 06).

A partir do entendimento da relação Estado e sociedade civil em Gramsci, Correia (2005, p. 06) afirma que “o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso é contraditório, “pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa de poder”. (CORREIA, 2005, p. 06).

Nessa seara, é importante afirmar que a concepção de controle social que aqui nos referimos trata-se da concepção empregada para designar o controle dos setores organizados na sociedade sobre as ações do Estado. E tendo em vista os interesses de diferentes classes, é fundamental alertar que o debate acerca da organização da sociedade e sua participação para fins do controle social adotado neste estudo se dá na perspectiva de uma dessas classes, na perspectiva das classes subalternas.

O controle social, do ponto de vista das classes subalternas, seria no sentido de essas serem capazes de, nas lutas sociais, alterarem a correlação de forças para caminhar no sentido de construir sua hegemonia. É a partir da correlação de forças que surge a possibilidade para que as classes subalternas estabeleçam algum controle sobre as ações do Estado (CORREIA, 2005, p. 47).

Ressalta-se uma participação que as orientem na direção de um projeto contra hegemônico, um projeto que vise uma outra sociedade, que busque um projeto de classes que represente os interesses das classes subalternas, contra as privatizações, contra a discriminação e o racismo, contra a invasão e contra a exploração das terras indígenas.

Dessa maneira, entende-se que essa participação deve pautar-se de forma politizada, ampla, que ultrapasse esses espaços e que represente os anseios do coletivo; que sua participação possa interferir na condução dos recursos públicos e na implementação das políticas sociais e que atendam os anseios da maioria da população, para que esses espaços de participação não se constituam no que Correia (2003, p. 63) caracteriza como “mecanismos de legitimação de poder e cooptação dos movimentos sociais”. Com isso, faz-se necessário entender que o papel dos segmentos que representam os interesses dessas classes nos espaços de controle social, dentro dessa dinâmica contraditória, é de luta para que o Estado possa incorporar as demandas das classes subalternas.

Ainda na perspectiva das classes subalternas, Bravo e Correia (2012, p. 137) salientam que “o controle social é uma possibilidade nesse espaço, dependendo da correlação de forças dentro dos mesmos, que, por sua vez, é resultante da correlação de forças existente no conjunto da sociedade civil”. Por isso, tem-se a necessidade de buscar alternativas que visem o fortalecimento da dinâmica de participação, com vistas à potencialização dos mecanismos de controle social na perspectiva de defesa dos interesses das classes subalternas, seu

fortalecimento e ampliação. Dentre as demandas e interesses na luta dessas classes, encontram-se as reivindicações dos povos indígenas, que historicamente vêm sofrendo com práticas e discursos dominantes que funcionam como ferramentas para sua subalternação e discriminação. Nessa seara, os povos indígenas constituem-se classe subalterna e se encontram inseridos nos processos de luta, resistência e organização política ao lado da classe trabalhadora e dos movimentos sociais.

Acerca do controle social exercido pela população indígena, com ênfase na política de saúde a eles direcionada, que é objeto deste estudo, ressalta-se que sua participação se dá na luta pela garantia da implementação das ações de saúde, mas, sobretudo, na garantia de uma atenção diferenciada, que leve em consideração suas especificidades étnicas e culturais e que garanta a produção de práticas mais contextualizadas e orientadas para os problemas vivenciados por suas comunidades, posto que

[...] as lutas de grupos minoritários por reconhecimento social e pelo estabelecimento de uma ação estatal que combata a discriminação, favoreça a igualdade e permita a convivência entre populações de origens culturais e étnicas diferentes fazem parte da paisagem político-cultural do mundo contemporâneo (NEVES, 2005, p. 81).

É importante mencionar que apesar do fortalecimento do movimento indígena ao longo de sua história, torna-se evidente a fragilidade na efetivação dos direitos referentes à saúde, bem como na efetivação dos demais direitos que influenciam diretamente na saúde dessa população, uma vez que não se pode perder de vista a luta em busca da superação dos desafios presentes na implementação dessa política, pela manutenção e ampliação de direitos que visam a diminuição e a superação das iniquidades sociais presente entre esses povos. Nesse sentido, nas páginas que seguem, resgatamos as estratégias de luta e o caminho trilhado pelos povos indígenas na construção de uma política de saúde indígena que visa a garantia de uma atenção diferenciada.

4.5 O controle social na saúde indígena – conferências, conselhos e fóruns – lutas para a construção e efetivação da PNASPI

A participação social é reconhecida na Conferência de Alma-Ata⁸⁰, realizada na URSS em 1978. Em documento da conferencial, afirma-se no artigo IV, que “é direito e dever dos

⁸⁰A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (MS, 2002).

povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (Art. IV, 1978, p. 1). Como já pudemos ver, no Brasil, essa luta esteve presente entre as bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária, da VIII Conferência Nacional de Saúde. Ademais, entre os avanços advindos desse processo, encontra-se o direito a um sistema de saúde público e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸¹, que traz a participação social como um dos seus princípios.

A Constituição Federal de 1988⁸² traz a participação e o controle social como elementos políticos fundamentais entre os movimentos sociais. Regulamentada por meio das Leis 8.080/90 e da Lei 8.142/1990, que orientam o sistema público de saúde no Brasil, esse princípio possibilita a participação de cidadãos nos processos democráticos de decisões, na perspectiva de controle social das políticas públicas.

E em se tratando da política de saúde direcionada aos povos indígenas, a efetivação da conquista do direito à participação, na perspectiva do controle social, se deu alguns anos depois, com a implantação dentro da Política Nacional de Saúde, do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI), em 1999, e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em 2002.

Como já abordado anteriormente, ainda no período ditatorial, as populações indígenas, assim como os demais movimentos sociais têm suas mobilizações e articulações fortalecidas. A trajetória desses povos, mesmo que em diferentes contextos, sempre foi marcada pela intensa luta em busca da redução e superação das desigualdades expressas nas políticas assimilacionistas a eles direcionadas. E é nesse sentido que aqui traçamos os caminhos estratégicos que possibilitaram conquistas que expressam a garantia do direito à saúde, com vistas à construção de um modelo de atendimento que tenha seus objetivos voltados para as diferentes realidades e o reconhecimento de suas especificidades étnicas culturais.

De acordo com Teixeira, Simas e Costa (2013), nesse período houve uma articulação profícua entre o movimento indígena e o movimento pela universalização do sistema de saúde, nesse sentido, os autores acrescentam que “essa articulação buscou traduzir a bandeira

⁸¹Regulamentado através da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos seus serviços. O SUS traz a saúde como dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

⁸²A Constituição Federal de 1988, construída a partir da influência de uma pluralidade de forças e de sujeitos políticos, estabeleceu o Estado Democrático de Direito no Brasil. Além disso, promulgou uma série de princípios e de diretrizes sobre a participação dos cidadãos no desenho, na implementação e no controle social das políticas públicas que, posteriormente, foram regulamentados e operacionalizados em diversos mecanismos institucionais nas três esferas da Federação (União, estados e municípios) (CICONELLO, 2008).

abrangente, que afirmava a saúde como dever do Estado, para uma agenda também voltada para a população indígena, respeitadas suas singularidades” (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013, p. 98).

O resultado dessas articulações políticas e do seu envolvimento na acentuada luta em busca de fortalecimento da saúde pública culminou em uma nova relação dessa população com o Estado, expressa na Constituição Federal de 1988. E como pressuposto para fins dessa nova relação, busca-se a redução das desigualdades entre os povos, proposta na construção de um modelo de assistência à saúde diferenciado, direcionado aos povos indígenas.

A Constituição Federal promulgada em 1988 proporcionou inúmeros avanços no sistema público de saúde no Brasil, trazendo mudanças significativas entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, o que possibilitou a substituição de uma perspectiva de assimilação pelo respeito às especificidades culturais e sociais desses povos. Assim, ela se configura um divisor de águas nas discussões acerca da questão indígena brasileira ao garantir e reconhecer a autonomia dos direitos e as especificidades étnicas dos povos originários e ao ampliar a busca pela garantia de serviços de saúde culturalmente afinados com essa população.

Desse modo, a política de saúde voltada aos povos indígenas, tendo como base a CF/88 e SUS, dará um grande passo no que se refere ao direito às suas especificidades étnicas culturais com a criação de um subsistema específico de atenção à saúde desses povos. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi abordado somente nove anos após a publicação da Lei 8.080, em 1999, através do Decreto 3.156/1999, que promove junto ao Congresso Nacional a aprovação da Lei Nº 9.836/99, que vai incluir na Lei 8.080/90, um capítulo que trata da saúde desses povos, o que representa um marco regulatório na atenção à saúde da população indígena no Brasil.

Tendo em vista a organização e mobilização dos povos indígenas junto aos inúmeros movimentos que compunham as forças que os levaram a conquistas como a CF/88 e ao SUS, para aqui trilharmos o percurso da participação desses povos na política de saúde, tomamos como ponto de partida as Conferências de Saúde Indígena, que tiveram um papel fundamental com as discussões acerca das pautas e reivindicações dessa população, entre elas, a participação da comunidade nos organismos colegiados, que, como princípio fundamental do SUS, vai possibilitar a participação dessa parcela populacional nos processos decisórios da política de saúde indígena.

Essa foi uma reivindicação que esteve presente nas discussões desde a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), realizada em 1986, que trouxe como proposta “garantir a participação das nações indígenas na formulação, planejamento e gestão, na

execução e avaliação das ações e serviços de saúde”, além de que, fosse “assegurado o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde”. (LANGDON; DIEHL, 2007, p. 21). Em todas as demais conferências havia propostas relacionadas à participação social. Vejamos:

A II Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNPSI) recomenda a estruturação “de controle social da rede distrital exercido através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena” (Brasil, 1993). Um dos resultados deste processo foi a Lei nº 9.836/1999, que, incluindo o artigo 19-H na Lei nº 8.080/1990, prevê que as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. Dois anos após a implantação do SasiSUS, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) reafirma a pertinência da participação social na saúde, recomendando a implantação de conselhos locais e distritais de saúde indígena (Brasil, 2001). Na 4ª e 5ª CNSI, o termo “participação” aparece em várias propostas com diversos sentidos, e reforçam-se as instâncias do controle social indígena (ABRUNHOSA; MACHADO; PONTES, 2020, p. 3).

A I CNPSI aconteceu em 1986, e apesar de o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena não ter sido contemplado inicialmente na Lei 8.080/90, as discussões acerca da população indígena entram na pauta das Comissões Intersetoriais⁸³, previstas no Artigo 12º desta lei. E, no ano seguinte, através da Resolução CNS 11/90, foram criadas sete comissões, entre elas, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). Cabe mencionar que a CISI tem como finalidade específica assessorar o pleno do Conselho Nacional de Saúde para as questões relacionadas à saúde indígena, tendo na sua composição a participação de representantes indígenas⁸⁴. Outrossim, conforme Teixeira, Simas e Costa (2013, p. 102), “esses representantes 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”. Conforme o CIMI (2013):

No mesmo ano, por pressão do movimento indígena em todo o país e atendendo a determinação constitucional que instituiu o SUS, a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena é transferida da Funai para o Ministério da Saúde (MS). Desse modo, foi então constituída a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS), com a incumbência de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena, de forma compartilhada com a Funai. (CIMI, 2013, p. 09).

⁸³Art. 12º - Serão criadas Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

⁸⁴A CISI era composta por cinco representantes titulares 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 (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA 2013).

A participação indígena no âmbito da comissão possibilitou inúmeros avanços nas discussões acerca da atenção à saúde desses povos, e já naquela ocasião pôde se destacar a criação do primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena no país.

Em 1991 foi criado o Distrito Sanitário Yanomami, como projeto piloto do modelo de “distritalização diferenciada” prevista no Decreto 23/91, em resposta ao clamor desencadeado pela situação de genocídio e calamidade sanitária que vivia o Povo Yanomami em consequência da invasão devastadora de garimpeiros em seu território, apoiados pelos políticos do estado de Roraima (CIMI, 2013, p. 9).

Por iniciativa e pressão do movimento indígena, em 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, a primeira conferência após a promulgação da Constituição de 1988, que acontece um ano após a 9º CNS. É importante compreender que o modelo proposto pelos povos indígenas é a distritalização da saúde indígena por meio do SASI, contrário ao modelo proposto pelo SUS⁸⁵. A resistência do movimento indígena quanto à municipalização tem base nos históricos conflitos causados no âmbito dos municípios, sobretudo por questões relacionadas aos conflitos locais pela terra.

De acordo com o seu relatório final, a II Conferência propõe a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e reitera a proposta de construção do modelo de assistência à saúde dos povos indígenas baseado no modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no âmbito do SUS (RELATÓRIO 2ª CNPSI, 1993, p. 2). Nesse sentido, a partir de 1993 começaram a ser criados em todo o país os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), os quais reuniam representantes do governo, universidades, instituições de apoio, organizações e lideranças indígenas.

Em 1994, por iniciativa do movimento indígena e com a aprovação dos respectivos NISIs, foram criados os Distritos Sanitários Indígenas do Leste de Roraima e do Xingu, que se tornaram modelos e referência para a criação de outros distritos pelo país. O modelo assistencial implementado nestes distritos tinha como base a formação de Agentes Indígenas de Saúde indicados e acompanhados pelas próprias comunidades, e o forte protagonismo indígena no processo de autogestão da atenção básica à saúde indígena nas comunidades (CIMI, 2013, p. 10).

A década de 1990 trouxe algumas mudanças no âmbito da gestão, as ações e serviços de saúde destinados aos povos indígenas, na sua grande maioria, eram gerenciados pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e naquele período passaram a ser responsabilidade da

⁸⁵ A distritalização é uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde que surgiu no Brasil no final da década 1980, por influência dos debates internacionais sobre Sistemas Locais de Saúde (Silos), desenvolvidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Tal proposta ganhou acolhida no Brasil em função das aproximações com os valores do Movimento da Reforma Sanitária, que preconizava regionalização das ações, maior participação dos atores locais, uma concepção ampliada de saúde e a reorganização das práticas de saúde. (PONTES, 2019, p.155).

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de modo que essa transitoriedade da gestão durou alguns anos, ocasionando inúmeros transtornos à saúde dos povos indígenas. Todas as questões nos fazem entender a trajetória dessa luta, as inúmeras disputas que ocorreram durante esse processo até a culminância da aprovação da lei que cria o subsistema de saúde dos povos indígenas.

De acordo com uma breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas no Brasil, realizada pelo CIMI (2013), é importante mencionar que já em 1997, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena solicitou a intervenção do Ministério Público Federal (6ª CCR/MPF) em razão da omissão do governo federal em implementar uma política adequada de assistência à saúde indígena.

Em audiência pública realizada naquela ocasião, conclui-se que a responsabilidade pela atenção à saúde indígena, estabelecida na CF/88, era do Ministério da Saúde no âmbito federal, e que “a recusa das instituições ligadas ao SUS em prestar esta assistência configurava ato ilícito passível de ser confrontado nas vias competentes”. (CIMI, 2013, p. 11).

Desse modo, pode se observar que, como consequência do aumento das pressões, é editado o Decreto nº 3.156, que promoveu a promoção da Lei nº 9.836/1999, conhecida “Lei Arouca”. A proposta foi escrita pelo Deputado Sérgio Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária no Brasil, regulamentando as diretrizes aprovadas na 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1994, e que até aquele momento não havia saído do papel. Ela vai incluir o artigo 19-H na Lei nº 8.080/1990, e traz entre outras coisas, a garantia de que “as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso” (BRASIL, 1999, Lei 9.836, Art. 19-H).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)⁸⁶ foi criado como estratégia para garantir o acesso aos serviços e ações de saúde no nível primário de atenção, no âmbito do território indígena, e por meio dos DSEIs, articulam a continuidade dessa atenção aos demais níveis de assistência, possibilitando a continuidade do cuidado. Nas aldeias, os serviços de atenção básica serão realizados nos postos de saúde, juntamente com as Equipes

⁸⁶ Uma das estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos do SASI foi a institucionalização do agente indígena de saúde (AIS) como parte das equipes que prestam serviços de atenção primária nas aldeias. O AIS deve ser um membro da comunidade e idealmente eleito por ela, atuando na atenção primária. A importância do AIS no princípio da atenção diferenciada é reafirmada na PNASPI. A atenção diferenciada contempla noções de respeito às concepções, valores e práticas em saúde de cada povo e de articulação entre os saberes indígenas e biomédicos, e o agente indígena é o mediador entre esses saberes, assim como entre a comunidade e os membros da equipe. (DIEHL, LANGDON, SCOPEL, p. 821,2012).

Multiprofissionais de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI)⁸⁷, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) na execução de serviços de atenção básica.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) serão o elo entre a população indígena, valorizando os conhecimentos tradicionais da medicina indígena; as equipes multiprofissionais terão como referência os polos bases de saúde, que poderão estar localizados dentro do próprio território ou no município de referência. Quando estes não existirem, os indígenas serão referenciados por uma unidade básica da rede de serviços do município, e nela deverão ser resolvidos a grande maioria dos problemas de saúde dessa população.

Dentro da rede de serviços, contam ainda com as Casas de Saúde do Índio (CASAI) ou Casas de Apoio à Saúde do Índio (CAPAI), as quais prestam assistência aos indígenas encaminhados para tratamento de saúde fora do território, nas referências de média e alta complexidade na rede do SUS, e das quais trataremos posteriormente. Para visualização do modelo de organização assistencial proposto pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, vejamos a figura utilizada pela SESAI/MS:

⁸⁷ Para efeitos da Portaria nº 1.317 de 3 de agosto de 2017 considera-se: Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) corresponde a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena em uma área, sob gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). (MS, 2017). Sendo a equipe multidisciplinar responsável pela atenção à saúde indígena no âmbito da atenção básica de saúde, ela deve ter a seguinte composição mínima: Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário, Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN). (BRASIL, 2005).

Figura 2 - Organização do DSEI e seu modelo assistencial.



Fonte: SESAI/MS (2009)

Nesse sentido, fica também assegurada a participação indígena nos mecanismos de participação, que vai garantir seu envolvimento na elaboração, fiscalização e avaliação da política de saúde indígena no âmbito das aldeias e dos DSEIs. Na organização do Subsistema são implantados 34 DSEIs, que formam a estrutura de saúde indígena no território brasileiro, e as instâncias de participação foram instituídas, a fim de atuarem junto à gestão de saúde indígena.

A organização dos DSEIs e o modelo de assistência à saúde da população indígena previsto na PNASPI, criada em 2002, foi elaborado com a finalidade de garantir uma atuação que oriente a operacionalização de ações em uma perspectiva diferenciada de atenção à saúde. Na operacionalização dessas ações, propõe-se a prestação de ações de saúde que leve em consideração as especificidades étnicas de cada povo, ao tempo que o respeito às suas culturas e tradições possam contribuir para maior efetividade e resolutividade dos problemas relacionados à sua saúde.

De acordo com a PNASPI, essa perspectiva diferenciada foi pensada a partir de três vertentes que iriam nortear as ações e serviços de saúde direcionados aos povos indígenas.

Capacitação dos recursos humanos visando à preparação para a atuação em contextos interculturais, a integração com os sistemas tradicionais indígenas de saúde e a formação e a capacitação de Agentes Indígenas de Saúde como uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental (BRASIL, 2002).

No âmbito do Subsistema existe uma estrutura de controle social permanente, igualmente as instâncias de participação da população não indígena, que por meio da Portaria de nº 755/2012, do Ministério da Saúde, vai estruturar o controle social na saúde indígena. Ela que estabelece os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), que são compostos somente por indígenas, e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). “Os CLSIs são órgãos colegiados de caráter permanente e consultivo, sendo constituídos por Polo Base de Saúde Indígena e representantes indígenas eleitos pelas respectivas comunidades” (MS, 2020).

Os CLSIs têm por objetivo atuar na elaboração de propostas e monitoramento da efetividade da execução do Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI junto às comunidades indígenas. CLSI será constituído apenas por indígenas. Os CLSIs se reunirão ordinariamente anualmente e, extraordinariamente, por requerimento da maioria simples de seus membros (BRASIL, 2020).

Os CONDISIs são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, que se constituem na maior instância de controle social no âmbito do DSEI, e são responsáveis pelo exercício do controle social das ações de saúde indígena. “Tem o objetivo de acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais, que serão instituídos no âmbito de cada DSEI” (BRASIL, 2020). Trata-se de espaços destinados ao estabelecimento de uma relação intercultural para a construção de entendimentos comuns acerca do sistema de saúde e para a adequação das ações e dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas. Eles são responsáveis por avaliar, fiscalizar e apresentar propostas para o fortalecimento das ações de saúde em sua região.

Na composição do CONDISI, aplica-se o princípio da paridade. Ele é composto por 24 membros, sendo 50% de usuários, que representam todos os povos indígenas da abrangência do DSEI, 25% de entidades e dos trabalhadores indígenas, 25% de representantes do governo, prestadores de serviços públicos, privados e conveniados, ou sem fins lucrativos, conforme a Lei 8.142/1990 e a resolução nº 453/2012 do CNS. O CONDISI, desde 2006, tem representação em nível nacional, no Conselho Nacional de Saúde (CNS), estando ainda representado na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI).

O controle social no SASI/SUS conta ainda com uma outra instância de participação social, que são as Conferências de Saúde Indígena, também postas na lei 8.142/90, e estão previstas para acontecer a cada quatro anos, da mesma maneira que ocorrem as Conferências de Saúde, mas no caso saúde indígena, essa periodicidade não ocorreu, conforme se pode observar ao longo do texto.

É importante compreender que a implantação do SASI se deu no auge da descentralização do SUS, e sendo o Ministério da Saúde o responsável pela coordenação das

ações da saúde indígena. A FUNASA, órgão gestor da política naquela ocasião, e como alternativa à viabilização da implantação do Subsistema, optou pela terceirização, por entender que para uma melhor execução dos serviços de saúde indígena, naquele momento, a forma mais viável seria a terceirização. Desse modo, a FUNASA celebrou convênios com alguns municípios, organizações indígenas e com organizações não governamentais. Essas organizações, que conforme já vimos em capítulo anterior, tiveram que se adequar às exigências do Estado para a execução de serviços não exclusivos, por meio do programa de publicização implementado na de 1990, estavam em evidência e aptas a resolução do problema da saúde indígena, que não dispunha principalmente de força de trabalho para atender a população. De acordo com o CIMI (2013):

A perspectiva, no âmbito do Ministério da Saúde, era de que a União deveria transferir as suas responsabilidades no tocante à gestão e execução das ações em saúde indígena para terceiros. Esta política de parceria proposta pelo governo foi aceita por muitas organizações indígenas e indigenistas com a condição de que seria uma solução temporária, e com base no compromisso assumido pelo governo de trabalhar na construção de um marco regulatório para a relação com estas organizações, e no aprimoramento da capacidade gestora do governo para a execução direta das ações de saúde indígena. Infelizmente isto não foi cumprido até hoje pelo governo federal. (CIMI, 2013, p. 12).

O papel que as Organizações Sociais passam a assumir na gestão da saúde indígena traz grandes prejuízos ao controle social, que foi sendo ignorado pelos gestores. Ainda nas palavras do CIMI (2013, p. 12), a partir destas mudanças, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde se tornaram “inócuas e os Conselhos de Saúde Indígena, em muitos lugares, entes figurativos diante das ações e decisões das entidades conveniadas”.

No que se refere aos prejuízos trazidos ao controle social no âmbito das Organizações Sociais, que executam os serviços de saúde, Correia (2011) vai afirmar que o controle social sobre a gestão terceirizada, via OSS, OSCIPs ou FEDPs, é quase inexistente, em suas palavras, “A Lei 9.637/98 não contempla os controles próprios do regular funcionamento da coisa pública, tenta contornar todos os sistemas de fiscalização e controle interno e externo dos gastos públicos, e não se prevê o Controle Social” (CORREIA, 2011, p. 12).

A autora chama a atenção para as consequências decorrentes desse processo, e aponta argumentos que fundamentam o posicionamento contrário aos novos modelos de gestão, entre eles, ela destaca que esses modelos

[...] integram o processo de contrarreforma do Estado brasileiro; Privatiza os serviços públicos; Ameaça os Direitos Sociais; Contraria a legislação do Sistema Único de Saúde; Prejudica aos Trabalhadores; Limita o Controle Social e propicia o desvio de recursos públicos (CORREIA, 2011, p. 1).

Ainda acerca dessas Organizações e sua relação com o controle social na saúde dos povos indígenas, pode-se observar a ênfase dada pela gestão da FUNASA, na defesa da perspectiva da terceirização, quando, na ocasião da realização da III Conferência Nacional de Saúde Indígena⁸⁸, teve como tema: Obstáculos e Avanços na Implantação dos DSEIS no SUS. A III Conferência só foi realizada em 2001, oito anos após a realização da II Conferência, e foi conduzida pelos agentes da Funasa. De acordo com o CIMI (2013), os agentes que conduziam as discussões naquela ocasião, “tinham o propósito de referendar a perspectiva da terceirização e a diminuição ou restrição à participação indígena no controle social” (CIMI, 2013, p. 12).

Essas questões intensificam os conflitos nos espaços de saúde e causam um imenso prejuízo a essa população, ao terem a sua participação restrita. E no que se refere às propostas aprovadas na plenária final da 3ª Conferência acerca das terceirizações, podemos destacar a fala que segue:

Nós, Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, exigimos: Que a FUNASA cumpra o que foi aprovado na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em outubro de 1993, de contratar, através de concursos públicos, servidores para atuarem nos serviços de saúde, destinados às populações indígenas brasileiras. É necessário garantir para o futuro recursos financeiros e servidores efetivos na área de saúde. Considerando que o atendimento diferenciado à saúde do índio deve ser otimizado respeitando a diversidade cultural de cada povo. (Relatório Final. Luziânia, GO, 14 a 18/06/2001).

Mas, nos anos que seguem, já no governo Lula, em 2003, a terceirização continua sendo vista como uma maneira de viabilizar a implantação do subsistema de saúde indígena, despertando o interesse, inclusive, de muitas entidades indígenas que estabeleceram parcerias com o governo para executar as ações de saúde. Herança da política neoliberal de FHC, está ainda é uma realidade presente na contemporaneidade da política de saúde indígena.

Entre a III e a IV Conferência foi institucionalizada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas⁸⁹, e entre os diferentes marcos regulatórios com os quais a PNASPI dialoga, ressaltamos a Declaração de Alma Ata (1978), que propõe a valorização da Atenção

⁸⁸Na ocasião foi reafirmada a importância do AIS no território, como um elo entre essa população e as equipes de saúde indígena, e as discussões giram em torno do aprofundamento das demandas para formação, reconhecimento e inserção social dos agentes, como: “aumento do número de AIS por comunidade, necessidade de formação básica para todos, garantia do processo de capacitação contínua e diferenciada, acompanhamento técnico/pedagógico e administrativo no processo de formação e contratação pela CLT” (DIEH; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012, p. 821).

⁸⁹A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (PNASPI, 2002).

Primária à Saúde como propulsora de maior acesso à saúde e como forma de diminuir as desigualdades na saúde com ênfase nas especificidades de cada população⁹⁰.

Assim, já com a PNASPI instituída, na tentativa de estabelecer novas diretrizes para essa política, em 2004, a Funasa, por meio das portarias nº 69 e 70 tenta recuperar a execução direta das ações de saúde, reduzindo o papel das conveniadas. Essa ação vai limitar o papel das conveniadas à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento dos indígenas das aldeias, e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos. (CIMI, 2013).

Desse modo, entende-se que, as discussões decorrentes da realização da III Conferência Nacional de Saúde Indígena acerca do papel das terceirizadas tiveram relevância para a redução das contratações, tendo em vista os conflitos delas decorrentes e os prejuízos causados ao controle social. Assim, como reflexo da mobilização dos povos indígenas em busca da superação dessa restrição à participação no controle social da saúde indígena, pode-se observar que, ainda em 2003, a partir de uma proposta das lideranças indígenas e oficialmente reconhecido, na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, foi criado o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI)⁹¹, homologado através da Portaria nº 644, de 27 de março de 2006.

De acordo com a Portaria Ministerial nº 3.021, de 4 de novembro de 2020, que dispõe sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASISUS e dá outras providências, “[...] O FPCONSIDI será composto pelos 34 (trinta e quatro) Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, vinculados ao tempo de seus mandatos junto aos CONDISIs e à presença efetiva e integral nas reuniões plenárias” (Art. 20).

O Fórum tem caráter consultivo, propositivo e analítico e é a instância máxima de assessoramento da SESAI em relação à Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Em consonância com as instâncias de decisões do Sistema Único de Saúde, tem como base as diretrizes das Conferências e o Conselho Nacional de Saúde. De acordo com Ferreira (2012):

⁹⁰Conferência Internacional de Alma Ata afirmou os cuidados primários como elemento chave para se chegar a um nível aceitável de saúde. Ao defender a realização de medidas sanitárias e sociais, preconizou a legitimação de práticas tradicionais, alternativas ou complementares. Na ocasião desta conferência, o então diretor-geral da Organização Mundial de Saúde declarou a insuficiência da medicina tecnológica e especialista para a resolução de problemas de saúde de dois terços da humanidade.

⁹¹ Fica instituído, no âmbito da SESAI/MS, o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena-FPCONSIDI, de caráter consultivo, com objetivo de assessorar a Secretaria em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), no âmbito do SasiSUS, em consonância com os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena (BRASIL, 2020).

O fórum ganhou espaço junto ao movimento indígena. À medida que o fórum consolidava sua atuação, ao discutir a política de saúde indígena, as organizações indígenas passaram a respeitar a representação do fórum e a consultá-lo. Representantes do fórum passaram a participar de diversos grupos de trabalho e comissões. Por exemplo, das reuniões da Comissão Nacional de Política Indigenista, que conta com uma subcomissão de saúde da qual o fórum faz parte. Em abril de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 755 que dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, na qual o fórum é incluído definitivamente na qualidade de órgão colegiado do controle social, juntamente com os conselhos locais e distritais de saúde indígena (FERREIRA, 2012, p. 55).

É na realização da IV CNPSI, em 2006, que teve como tema “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”, que vários povos indígenas, por meio de suas conferências distritais, apresentam a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A proposta surge devido ao agravamento dos problemas recorrentes de má gestão, autoritarismo, uso político e corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais da Funasa, mas naquela ocasião a proposta não foi aprovada.

A negativa acerca da proposta de criação da SESAI e a insatisfação dos povos indígenas com relação à política que tinha a Funasa como gestora, gerou grandes manifestações desses povos, que reivindicavam a criação de um modelo de política compatível com a Lei Arouca. As manifestações por parte dos movimentos indígenas ocasionaram, ainda em 2008, a determinação do Ministro da Saúde, da transferência de suas competências e atribuições para uma secretaria específica, que foi criada apenas em 2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Depois de dois anos de espera, o governo editou a Medida Provisória nº. 483, aprovada pelo Congresso Nacional e transformada na Lei nº. 12.314/2010 e no dia 19/10/2010 foi editado o Decreto nº. 7.336/2010 que oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Este período de transição para a implantação da nova gestão da saúde indígena caracterizou-se por uma gestão compartilhada entre Sesai e Funasa, e apesar do governo ter determinado um prazo de três meses para o detalhamento de sua estrutura e demais providências para torná-la operacional, a situação se arrastou por mais de três anos enquanto a assistência à saúde nas comunidades passava por momentos críticos (CIMI, 2013, p. 14).

Desta maneira, evidencia-se a percepção de que a mobilização, a luta na garantia dos direitos, do controle social como processo de participação dessa população nas instâncias formais de decisão é de grande relevância para os povos indígenas, sobretudo quando se trata da participação dessa população no processo de formulação, planejamento e gestão dos serviços de saúde. Tal como afirma Teixeira (2017):

[...] os mecanismos formais de participação social têm sido nas últimas décadas uma das principais vias políticas para a construção e efetivação dos direitos indígenas na

saúde e superação da assimetria que se perpetua historicamente e se expressa em indicadores de saúde frequentemente duas vezes piores do que os da população não indígena (TEIXEIRA, 2017, p. 720).

Há uma compreensão acerca da importância dessa participação, que apesar de reconhecermos os limites em torno de sua efetivação, não se pode perder de vista a relevância do fortalecimento da luta dos povos indígenas em busca do que preconiza a PNASPI dentro e fora dessas instâncias, pois a história nos mostra que estes são campos estratégicos que já possibilitou inúmeras conquistas resultantes do protagonismo e da luta desses povos.

Desse modo, os povos indígenas passam a contar com uma secretaria especial criada dentro da estrutura do Ministério da Saúde para atuar especialmente no modelo de gestão da política de saúde indígena, que prevê uma atuação de forma descentralizada por meio dos DSEIs, com autonomia financeira e administrativa, principal razão da luta pela sua criação, em substituição ao modelo autoritário e burocrático implementado até então pela Funasa. Em 2011, ano seguinte a sua criação, a SESAI lançou o edital de chamamento público nº 01/2011, visando à seleção de entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas. Dentre as entidades selecionadas, destacamos o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), com sede em Recife, responsável por 5 DSEIs na região Nordeste do país, entre eles o DSEI AL/SE.

Os anos que seguem são de intensa mobilização do movimento indígena em busca da efetivação da recém-criada PNASPI, mas só em 2013 foi convocada a V CNPSI, que tinha como tema o “Subsistema de Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”. A atenção diferenciada visa a redução das desigualdades na perspectiva da interculturalidade⁹², que compreende a articulação dos saberes por meio da interação dos sistemas de saúde, da formação e capacitação da equipe técnica⁹³ e daqueles que são o elo entre a comunidade, a equipe e o sistema de saúde, os AIS.

Tudo isso só confirma o quanto a PNASPI ainda tem que avançar, pois a luta não foi apenas em torno da saúde; a luta foi em torno de uma política que, de acordo com os princípios basilares do sistema de saúde brasileiro, levasse em consideração as especificidades de cada povo, nas diferentes regiões do país, o que é reiterado por Ferreira (2015) quando afirma que

⁹² Outras diretrizes que dialogam com a questão da interculturalidade são a da promoção do uso adequado e racional de medicamentos, que prevê a valorização das práticas farmacológicas indígenas e a sua integração às ações de assistência farmacêutica; e a do controle social, que prevê a participação indígena nos serviços de saúde. (MS, 2002).

⁹³ A PNASPI recomenda que os cursos de capacitação adotem metodologias participativas propícias à comunicação intercultural, além de mencionar a necessidade de capacitar os demais profissionais de saúde não índios para atuar de forma culturalmente adequada junto aos povos indígenas (MS, 2002).

ainda hoje os modelos de gestão e de atenção à saúde indígena se encontram em construção. Essa forma diferenciada na prestação dos serviços que a PNASPI propõe, refere-se ao modelo como esses serviços são organizados dentro dos territórios,

[...] através do subsistema de atenção à saúde indígena e sob uma perspectiva participativa e intercultural, da qual os agentes comunitários indígenas e praticantes tradicionais participam como “importantes aliados” dos profissionais da atenção primária “na organização de medidas para aprimorar a saúde da comunidade” (PEDRANA *et al.*, 2018, p. 42).

A V CNPSI⁹⁴ realizada em Brasília no período de 02 a 06 de dezembro de 2013 foi a primeira conferência executada pela SESAI, e apesar de só ocorrer sete anos após a anterior, ela vem reforçar a necessidade de garantir, no próprio território ou em uma região de referência, o acesso integral e resolutivo para os problemas de saúde dessa população. De acordo com o que o próprio relatório revela, muitos indígenas, quando precisavam de tratamento fora da aldeia, ficam nas filas, e, em muitos casos, simplesmente não encontram vagas ou respostas para o que precisam.

A V Conferência Nacional de Saúde Indígena entrou para história pela ampla participação, cujas etapas foram realizadas por intermédio de 306 Conferências Locais, e 34 Conferências Distritais, abrangendo as 305 etnias distribuídas em todo território brasileiro (RELATÓRIO FINAL, 2015, p. 146). Ainda de acordo com seu relatório final, dos 1.226 delegados presentes na etapa nacional, 589 representavam o segmento usuários, totalizando 48,04% da sua representatividade. “Uma participação que rompe com as barreiras geográficas de acesso, em especial dos usuários, que tiveram de deixar suas aldeias, por água, terra ou ar, para representarem o conjunto de vozes de seus parentes [...]” (RELATÓRIO FINAL, 2015, p. 148).

Em se tratando da VI Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que como as demais conferências são organizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sua construção teve início em 2018, reunindo os representantes dos povos indígenas de todo o país nas conferências locais e distritais de saúde indígena. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde:

A VI CNSI ocorreu após 302 conferências locais e 34 distritais, realizadas entre outubro e dezembro de 2018. Das conferências distritais saíram 2.380 propostas, que foram aglutinadas em 300 proposições a serem analisadas na Etapa Nacional, em 20

⁹⁴A V Conferência Nacional de Saúde Indígena dispõe de propostas para a articulação do Subsistema de Saúde Indígena com o SUS, e a organização dos sistemas e das redes regionais de Saúde Indígena, com a ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso aos serviços em todos os níveis de Atenção à Saúde (5ª CNSPI/Relatório final, 2015).

grupos de trabalho, formados por representantes de usuários (50%), de trabalhadores (25%) e de gestores (25%) (CNS, 2022).

Mas nesse contexto, o que se pode observar é que os povos indígenas têm seus direitos constitucionais constantemente desregulamentados, suas vidas ameaçadas e os seus territórios invadidos. E tendo em vista que o problema da terra está diretamente ligado às questões de saúde dessa população, a política de saúde indígena é fortemente atingida, sobretudo com seu desfinanciamento. Desse modo, Pontes (2019) vai afirmar que as políticas públicas específicas são constantemente revisadas, desconsiderando toda a trajetória de construção de políticas como a de saúde indígena no SUS. A autora relembra que “no início de 2019, o Ministério da Saúde propôs a extinção da SESAI e a municipalização de parte do subsistema, com o argumento de que este seria ‘paralelo ao SUS’” (PONTES, 2019, p. 156).

É importante destacar que esses ataques não foram recepcionados pelos povos indígenas, e em alguns casos, como na proposta de extinção da SESAI, o processo foi revertido pela atuação política do movimento indígena, apesar da ação arbitrária do governo ter acarretado o adiamento da VI Conferência Nacional de Saúde Indígena e, posteriormente, em decorrência da pandemia da covid-19, a etapa nacional da VI Conferência foi adiada mais de uma vez.

A VI Conferência Nacional aconteceu após quase dez anos da realização da V CNSI, que foi realizada em 2013, e após 20 anos da implantação da PNASPI, em 2002. Ela teve como tema “A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: Atenção Diferenciada, Vida e Saúde nas Comunidades Indígenas” e ocorreu nos dias 14 a 18 de novembro de 2022, em Brasília. O evento reuniu delegações dos 34 DSEIs implantados no território brasileiro e, de acordo com dados do Conselho Nacional de Saúde, contou com a participação de 2 mil indígenas, que após ampla discussão aprovaram a minuta que atualizará a PNASPI. O relatório final da conferência consta 258 propostas e 64 moções aprovadas (CNS, 2022).

A realização da VI Conferência caracterizou-se como uma grande conquista para estes povos, sobretudo por ocorrer em um momento de muitos ataques a todas as etnias indígenas do país. Dentre tantas violações das quais tratamos no capítulo anterior, não podemos deixar de salientar os ataques direcionados às instâncias de participação e controle social indígena, com destaque para a criação do Decreto nº 9.759/2019 (BRASIL, 2019a), que extinguiu centenas de colegiados que não foram criados por lei e estabeleceu regras e limitações para instâncias colegiadas diversas, restringindo gravemente a participação da sociedade na gestão das políticas sociais.

De acordo com Correia (2021), o governo Bolsonaro adotou uma agenda conservadora, antidemocrática e autoritária, avessa à participação social⁹⁵, nesse sentido, a autora salienta a necessidade de mobilização e fortalecimento das lutas contra “esse novo período autoritário instalado no Brasil, tendo em vista a urgente necessidade de “resistir às investidas ultraneoliberais e conservadoras no desmonte das políticas sociais e dos mecanismos de controle social” (CORREIA, 2021, p. 1).

Entre os órgãos extintos pela medida esteve o FPCONDISI, que tendo se tornado um espaço estratégico na definição da política de saúde indígena no país, estava à frente da organização da VI CNSI. Mas, diante de inúmeras mobilizações ocorridas no período, a publicação da Portaria 3.021/2020, que dispõe sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS, volta a considerar o FPCONDISI como sendo parte integrante do controle social no Subsistema.

A política de saúde destinada a esses povos vem ao longo da sua existência sofrendo inúmeros ataques e é importante lembrar que a luta não é apenas pela garantia da implementação dessa política, mas pela garantia de uma atenção diferenciada, proposta que deu origem a Lei Arouca e instituiu o Subsistema de saúde indígena, e nesse sentido, a luta é histórica, diária e constante. Assim, entende-se que os povos originários terão que constantemente reafirmar a necessidade de Governos que, além de reconhecer suas especificidades étnicas, culturais e de organização social, estabeleçam políticas que, efetivamente, possam promover a equidade e a integralidade da assistência. Políticas que possam contribuir para a redução das desigualdades relacionadas não apenas às questões de saúde, mas também às demandas decorrentes das necessidades socioeconômicas por eles vivenciadas.

É nesse sentido que, no capítulo seguinte, propusemo-nos a investigar como se dá a atuação do CONDISI, fórum máximo de controle social na política de saúde indígena, no sentido de garantir o direito à saúde desses povos em todos os níveis de assistência, enfatizando seus limites e possibilidades, a fim de garantir o direito à saúde, considerando suas especificidades étnicas culturais, conforme preconiza a PNASPI e a determinação social da saúde indígena.

⁹⁵Conforme Correia (2021), dezenas de Decretos foram emitidos, instituindo mudanças em 52 colegiados de áreas as mais diversas, como na Comissão Nacional do Trabalho Escravo (Conatre) e no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. A composição do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), que funcionava desde 1990, foi mudada com a exclusão da participação da comunidade indígena e com o aumento da representação governamental, proporcionando uma correlação de forças favorável à flexibilização da legislação ambiental. O Conselho Nacional das Cidades foi extinto e a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (Conaeti), que havia sido extinta em abril de 2019, voltou a ser criada em dezembro de 2020 com mudança na sua composição, sendo suprimida a representação da sociedade civil (CORREIA, 2021).

5 ATUAÇÃO DO CONDISI NA GARANTIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO ÂMBITO DO DSEI AL/SE

O capítulo V tem como objetivo analisar a atuação do CONDISI AL/SE na garantia da assistência à saúde dos povos indígenas, de forma que se possa identificar a direção política deste conselho no que se refere à implementação da política de saúde, seus limites e desafios. Além da forma de organização e estrutura deste Conselho, enquanto instância de controle social, destacamos a participação da representação indígena para fins da efetivação da política tanto no âmbito do território quanto nos demais níveis de complexidade, garantindo com isso, a continuidade do cuidado de forma diferenciada.

E a fim de demonstrar como se dá a assistência à saúde desses povos, realizou-se um levantamento acerca da rede de serviços de saúde que presta assistência aos povos indígenas, bem como da equipe técnica e do fluxo de acesso a essa rede, desde o território até os níveis de média e alta complexidade. E é nesse sentido que se pretende apontar as dificuldades enfrentadas por essa população na efetivação da política de saúde, seja no âmbito do território, seja nos demais níveis de complexidade, e diante dessas dificuldades, analisar a atuação do CONDISI e sua articulação para a garantia da implementação da política de saúde no âmbito do DSEI AL/SE.

Para desenvolvimento do estudo foi realizada uma pesquisa documental às atas produzidas pelo CONDISI, no período de março de 2016 a dezembro de 2019. O acesso aos documentos se deu a partir de julho de 2022, quando os mesmos foram disponibilizados, via e-mail, pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI). A partir de repetidas leituras realizadas, entre os meses de julho a dezembro de 2022, a pesquisa oportunizou uma visão acerca da atuação do conselho, bem como da realidade vivenciada por esses povos nos seus territórios, que são expressas nas falas de suas lideranças nesse espaço de participação.

É importante mencionar que no período, foram realizadas 29 reuniões, sendo 15 em caráter ordinário e 14 em caráter extraordinário⁹⁶. Salienta-se que o recorte temporal se deu devido aos impactos causados pela pandemia da covid-19, que impossibilitou a continuidade das reuniões de forma presencial, e apenas alguns meses depois, as mesmas passaram a acontecer de forma remota, o que acarreta grande prejuízo para fins de mobilização e

⁹⁶ De acordo com o Regimento Interno do CONDISI, este, reunir-se-á ordinariamente, trimestralmente, (4 reuniões/ano) e extraordinariamente quando convocado pela presidência ou por requerimento da maioria simples de seus membros, ou seja, 50% e mais 1 membro, com consulta ao gestor do DSEI Alagoas e Sergipe quanto a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros para cobrir as despesas com as convocações de reuniões extraordinárias.

participação da população indígena nesta instância. O estudo possibilitou ainda, identificarmos qual a direção das deliberações do Fórum CONDISI na garantia à saúde das 13 etnias indígenas no território de abrangência do DSEI AL/SE, ou seja, se estão na direção do que preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil, especialmente, em relação a atenção diferenciada.

Desse modo, neste capítulo, inicialmente, apresentaremos a estrutura da rede de serviços de atenção à saúde indígena no âmbito do DSEI AL/SE, de modo que possamos compreender o itinerário desses povos para acessar a rede do cuidado e identificar os avanços, possibilidades e os principais entraves na implementação da política de saúde e na efetivação do direito a uma atenção diferenciada. E a partir do estudo das atas produzidas no período mencionado, podemos identificar a direção da atuação do CONDISI, com ênfase na representação indígena, na garantia da implementação da política de saúde destinada aos povos indígenas.

5.1 Estrutura da rede de serviços de saúde prestados à população indígena no DSEI AL/SE

Para a construção dos itens que seguem, utilizou-se a Cartografia dos Fatores Intervenientes da Saúde (2021) do DSEI AL/SE, fluxograma de normas e rotina da CAPAI AL/SE, o Regimento Interno do CONDISI e as 29 atas produzidas pelo CONDISI durante o período de recorte mencionado.

A fim de possibilitar a análise acerca do fluxo de acesso e articulação entre os níveis de atenção à saúde prestada à população indígena na área de abrangência do DSEI AL/SE, é importante identificarmos a rede de serviços que presta assistência a essa população e como se dá a articulação no DSEI para a garantia da assistência em todos os níveis de complexidade.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é uma unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI/SUS). De acordo com o Ministério da Saúde:

Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas que se fundamentam em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Além disso, promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no Controle Social (BRASIL, 2020).

Os DSEIs, implantados estrategicamente nos estados brasileiros, representam a política de saúde indígena, cujo objetivo é implementar e executar as ações e serviços de saúde voltados a essa população. Nessa organização, as ações de atenção básica são executadas no território por meio do SASI. Cada DSEI organiza a rede de serviço de saúde dentro do seu território e essas ações devem se dar de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente, que deverá ser articulada dentro do SUS. Desse modo, para acessar os serviços de saúde nos demais níveis de complexidade, essa população é encaminhada para atendimentos dentro da rede de serviços do SUS, tendo na maioria das vezes que se deslocar do seu território de origem.

O DSEI Alagoas/Sergipe foi criado nos anos 2000 para prestar assistência à saúde dos povos indígenas dos Estados de Alagoas e Sergipe, e tem sede na cidade de Maceió. Com o objetivo de mapear e monitorar a situação de saúde da população indígena no âmbito do DSEI AL/SE, foi elaborada uma Cartografia dos Fatores Intervenientes da Saúde. O documento foi elaborado pela equipe técnica do DSEI e atualizado em 2021, o qual é utilizado como um instrumento norteador do planejamento das ações de saúde prestadas à essa população. Baseado no estudo citado e demais documentos fornecidos pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), pretende-se retratar o desenho da rede de serviços de saúde prestados à população indígena no âmbito do DSEI AL/SE.

A rede de atenção básica do DSEI é composta por 12 UBSIs, 5 do tipo II que atendem a 8 aldeias com população entre 50 e 500 habitantes; e 7 UBSI tipo III abrangendo 14 aldeias com população de mais de 500 habitantes e 1 aldeia com população entre 50 a 500 habitantes. Atualmente todas possuem consultório odontológico, além disso, o DSEI dispõe de unidade odontológica móvel-UOM para suporte em aldeias mais distantes da UBSI ou Polo Base.

O DSEI AL/SE possui apenas um Polo Base do Tipo II, a sua classificação se dá pela localização, sendo o Tipo II por se encontrar em área urbana. O referido Polo está localizado na zona urbana do município de Palmeira dos Índios/AL e atende uma população de 1.821 indígenas distribuídos em 10 aldeias situadas na zona rural do município.

A distância média percorrida para deslocamento da população, que reside nessas 10 aldeias, da UBSI para o Polo Base Xucuru Kariri é 131,9 km, o que corresponde a cerca de 2 horas de viagem de carro. A modalidade de transporte majoritariamente utilizada pela população indígena no âmbito do DSEI é o terrestre, mas em algumas regiões do Estado a população dispõe de uma voadeira e duas lanchas para travessia do Rio São Francisco para acesso à Ilha de São Pedro, onde está localizada a Aldeia Xocó, além de uma voadeira na aldeia Aconã em Traipu-AL.

Os atendimentos de saúde do Polo Base Xucuru Kariri são realizados nos Pontos de Apoio (Fazenda Canto, Mata da Cafurna, Coité, Serra do Capela e Riacho Fundo), além dos atendimentos realizados nas visitas domiciliares e no próprio Polo Base. Para melhor visualização acerca da caracterização das UBSI e Polo Base que prestam serviços de saúde à população indígena no território do DSEI AL/SE, disponibilizamos quadro demonstrativo no Apêndice B deste estudo.

No que se refere à equipe técnica para prestação de serviços e ações de saúde em atenção básica no âmbito do DSEI AL/SE, este dispõe atualmente de 14 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI, sendo duas EMSI na abrangência do Polo Base Xucuru Kariri e uma EMSI em cada UBSI.

As equipes são compostas por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes de Saúde Indígena, Agentes de Saneamento Indígenas, Cirurgiões Dentistas e Técnicos de Saúde Bucal. Além das equipes multiprofissionais de saúde indígena, o DSEI possui em seus territórios os Núcleos de Atenção à Saúde Indígena (NASIS), que são compostos por Psicólogos, Assistentes Sociais e Farmacêuticos que atuam dando suporte às EMSI no Polo Base e nas UBSI's de abrangência do DSEI. Esses profissionais atuam como equipe complementar, na realização do matriciamento em seus territórios, na execução de ações assistenciais, articulações com a rede e na execução de atividades de educação permanente junto a suas EMSIs. Para detalhamento acerca das EMSI consultar Quadro 3 do Apêndice C.

Os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais e núcleos de atenção à saúde indígena são todos contratados, e essa contratação se dá por meio de processo seletivo realizado pelo DSEI e pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)⁹⁷, entidade filantrópica com titulação de organização social de saúde responsável pela seleção e contratação de profissionais com experiência em contextos interculturais e de diversidade étnica, para atuação na saúde indígena. Esse processo seletivo se dá com a participação do CONDISI e em parceria com o Ministério Público Federal (MPF), e conta ainda com a presença de uma liderança indígena da área onde o profissional irá atuar.

Por meio de convênio firmado junto ao Ministério da Saúde, o IMIP é responsável pela contratação da força de trabalho da saúde indígena, tema que esteve presente nas discussões acerca da saúde desses povos desde a II Conferência Nacional de Saúde Indígena, quando foi

⁹⁷O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) que através do Decreto 52.209/2022 renova sua titulação como Organização Social de Saúde (OSS). Ela é conveniada com o Ministério da Saúde e atua na execução de algumas ações de saúde indígena, sendo responsável pela contratação da força de trabalho da saúde indígena nos estados de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Maranhão, Bahia, Ceará, Alagoas e Sergipe. (www.imip.org.br).

aprovada a proposta de contratação de servidores via concurso público, tendo em vista que a perspectiva de terceirização da força de trabalho indígena restringe sua participação, causando prejuízos ao controle social.

Acerca dessa questão, pode-se observar que a discussão se faz presente no âmbito do CONDISI AL/SE, que conforme registro na ata da 1ª reunião extraordinária de 2017, há menção da criação de um grupo de trabalho para discutir a forma de contratação da força de trabalho da saúde indígena. Na ocasião, há registro de inúmeras falas favoráveis à realização de concurso público, nas quais estão presentes observações como: critérios de pontuação para profissionais indígenas e para profissionais não indígenas com experiência em contextos interétnicos, além da proposta da realização de concurso público por áreas, conforme fala da conselheira indígena da etnia Katokinn, que “defende o concurso público, não sabe como vai ser, mas que precisa ser respeitada as especificidades indígenas” (ATA, 1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, 2017).

No que se refere à oferta de vagas nos serviços de saúde que atendem a população indígena, estas seguem as pactuações da Comissão Intergestora Regional (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB) entre os municípios e Estado, dentro do desenho das redes de cuidado no SUS. Para melhor entendimento acerca dos serviços de saúde no âmbito do DSEI AL/SE, apresenta-se um mapeamento de todo aparato institucional conveniado por intermédio do SUS que presta assistência à saúde dessa população em todos os níveis de atenção.

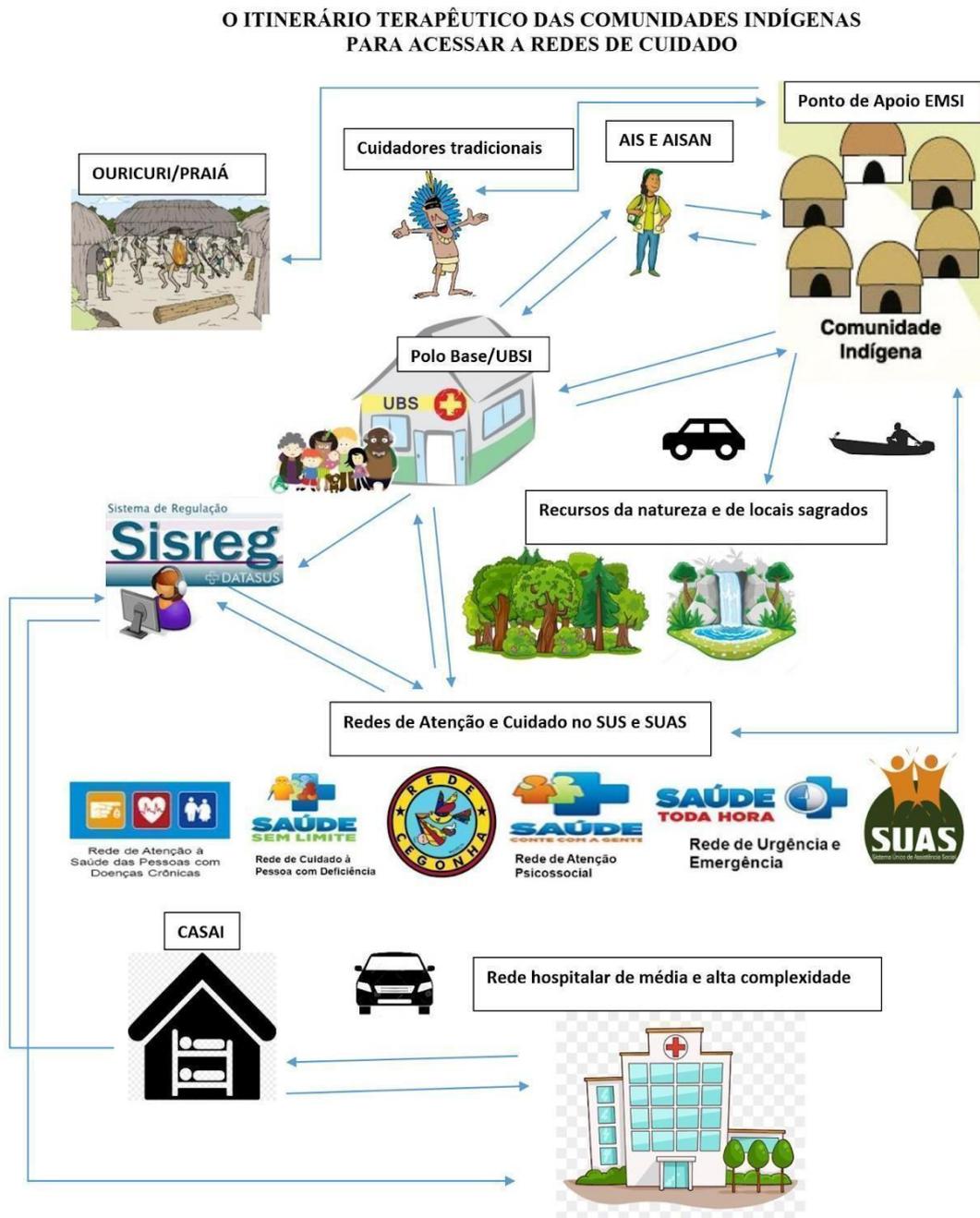
A descrição da rede de referência inclui desde as referências para a realização de exames laboratoriais, especialidades médicas, parto de risco habitual e alto risco até serviços de urgência e emergência, além de demais serviços de média e alta complexidade. Para acesso à rede de serviços o DSEI AL/SE, segue-se o fluxo do Sistema de Regulação Gerencial (SISREG)⁹⁸ de exames e consultas dos Estados de Alagoas e Sergipe, além de algumas parcerias estabelecidas fora desse fluxo de regulação, do qual trataremos posteriormente.

As solicitações podem ser realizadas pela atenção básica e pelas outras portas de entrada do SUS, como: serviços de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto, para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde.

⁹⁸ É um sistema da web criado para o gerenciamento de todo o complexo regulador de vagas, por meio do módulo ambulatorial e hospitalar que permite a inserção da oferta, da solicitação e da confirmação do atendimento do usuário no SUS, bem como a regulação de leitos hospitalares.

A seguir podemos observar o itinerário terapêutico, a partir do território, para acesso aos serviços de saúde prestados à população indígena de acordo com o preconizado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Na ilustração, pode-se observar também todo o fluxo para acesso a rede de cuidado, incluindo, além do Sistema Único de Saúde, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os cuidadores tradicionais e os recursos da natureza e locais sagrados.

Figura 3 - Itinerário terapêutico das comunidades indígenas para acessar a rede de cuidado.



É importante salientar que apesar da rede de serviços de referência, distribuído por Unidade Básica de Saúde Indígena e Polo Base, que compõem o mapeamento dessa rede de assistência à saúde, a regulação para acesso a esses serviços, em muitos casos, não funciona justamente por falta de vagas nos serviços ofertados pela rede. Os serviços de saúde conveniados muitas vezes não dispõem de capacidade suficiente para a cobertura da assistência da população em questão, principalmente os serviços de média e alta complexidade.

Quando não se consegue acesso pelo SISREG, fluxo habitual, e nem pelas Secretarias Municipais de Saúde, as solicitações são encaminhadas para a equipe técnica da CAPAI, que tenta viabilizar os exames ou consultas através de serviços fora do fluxo de marcação regular. Esses serviços são disponibilizados por meio de parcerias que são frutos da articulação da equipe técnica da CAPAI com instituições que prestam serviços de saúde no SUS, essa rede é denominada pela equipe do DSEI e CAPAI como “Rede amiga”⁹⁹, da qual trataremos mais detalhadamente adiante.

Diante do exposto, observa-se que o acesso aos serviços de média e alta complexidade tem sido tratado por alguns pesquisadores¹⁰⁰ como um entrave para a integralidade do SUS, tendo em vista que alguns diagnósticos dependem de exames e ou serviços especializados, o que é asseverado por Teixeira (2003, p. 995) ao afirmar que “a resolutividade da Atenção Básica depende, em grande medida, do acesso a exames e serviços especializados”. Assim, é possível observar essa dificuldade aos demais níveis de atenção, que representa um grande obstáculo para a continuidade do cuidado.

Além da dificuldade de acesso a tais serviços para acessarem os níveis de média e alta complexidade os povos indígenas são, na grande maioria das vezes, encaminhados para atendimento nos serviços de saúde fora do território indígena, fora do seu município, tendo que comumente se deslocar até a capital do Estado. Nesse caso, a população indígena conta com o suporte da Casa de Apoio à Saúde do Índio (CAPAI), bem como da equipe técnica que a compõem. Para consultar detalhes da capacidade, serviços e equipe técnica da CAPAI consultar o Quadro 8 do apêndice H deste estudo. Outrossim, nos apêndices D, E, F e G deste estudo disponibilizamos quadros com as referências para exames de laboratório e imagem,

⁹⁹“Rede amiga” é composta por todos os serviços que estão fora do fluxo que é estabelecido pela saúde do Estado e dos municípios e são disponibilizados através de parcerias oriundas da articulação do DSEI AL/SE e/ou equipe da CAPAI com ambulatórios escolas, instituições filantrópicas, entre outros, a fim de atender a demanda reprimida advinda do fluxo do sistema de regulação.

¹⁰⁰ Ver Garnelo (2012), Pontes (2012) e Teixeira (2003).

especialidades médicas, parto de risco habitual e alto risco e estabelecimentos de referência para urgência e emergência.

Os indígenas que necessitam de assistência à saúde fora do território contam com a CAPAI, que disponibiliza a essa população serviços de hospedagem, alimentação completa, marcação de exames e consultas, agendamentos de cirurgias e procedimentos em geral. Além de transporte para locomoção da casa de apoio até o serviço de saúde, e em alguns casos, os indígenas dispõem de acompanhamento, sobretudo, aqueles pacientes que têm dificuldade nos entendimentos e/ou dificuldade de comunicação.

Entre os serviços que compõem a rede de referência da CAPAI, destacamos os que integram a chamada “Rede amiga”¹⁰¹ para atendimento às demandas que não são contempladas ou contempladas parcialmente dentro do fluxo habitual do sistema de regulação. É importante mencionar que essas vagas são pactuadas com a gestão dos serviços de saúde por meio de reuniões agendadas a partir da articulação da coordenação do DSEI, CONDISI e do Serviço Social da CAPAI.

De acordo com a PNASPI, essa articulação para fins de garantia do acesso e ampliação do número de atendimentos nos serviços de saúde é responsabilidade dos DSEIs. O DSEI é responsável pela articulação entre os níveis de atenção à saúde, de acordo com cada realidade. São também os responsáveis por todo serviço de apoio e estrutura para os usuários que são remetidos aos demais níveis de assistência dentro do SUS, mas fora do território indígena. E, conforme dados da Cartografia (2021), o DSEI AL/SE participa como ouvinte em todas as reuniões da CIR e CIB, além da articulação junto aos municípios, realizada por meio dos responsáveis técnicos de cada território indígena para fins de disponibilização e/ou ampliação da rede de assistência prestada à população indígena no território do DSEI AL/SE.

A Cartografia (2021) refere um apoiador técnico representante do DSEI para fins dessa articulação, que vem sendo mantida por meio de diálogos constantes com as Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais, na tentativa de viabilizar maior número de vagas nos serviços de média e alta complexidade prestados à população indígena na abrangência do DSEI.

No que se refere à assistência na CAPAI, é disponibilizado um atendimento diferenciado para os pacientes idosos, diabéticos, hipertensos ou que apresentem alguma restrição nutricional. Em alguns casos, a equipe técnica da Casa de Apoio realiza visitas aos pacientes internados, realizam mediação para acesso a serviços como Tratamento Fora do Domicílio

¹⁰¹Os serviços que compõem a chamada Rede Amiga são: Os ambulatórios da Uncisal (Ambesp, Cedim, Cer III, Ambulatório HDT), Ambulatórios do Cesmac, Pestalozzi, AAPPE, Oculare, Funbrasil, La clínica, UNIT, Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes e Santa Casa do Poço.

(TFD)¹⁰², encaminhamentos em vários âmbitos com o Serviço Social na rede de serviços, retirada de medicamentos nas referências, recebimento dos resultados de exames, atendimento individual e coletivos, além de pactuações com as redes de referências e contrarreferência para o Polo Base.

No que corresponde ao fluxo do transporte desses pacientes nos serviços de média e alta complexidade, é importante salientar que para tratamento de saúde fora do território indígena segue-se a legislação que regula a constituição e a forma de utilização da frota de veículos da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, que é regulamentada pela lei nº 9.327/1996 e instrução normativa nº 03/2008, além da portaria nº 2.563/2017, inciso II, que trata do transporte destinado à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresentam risco de vida, necessidade de recursos assistenciais.

Tendo em vista as peculiaridades da PNASPI, bem como a dinâmica do processo saúde doença, os documentos disponibilizados para realização da pesquisa deixam explícito que existirá casos específicos que fugirão do fluxo estabelecido no âmbito da CAPAI, sendo esses casos encaminhados à Coordenação do DSEI e à Coordenação do Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) para que sejam avaliados e dado os devidos encaminhamentos. Desta maneira, apresenta-se toda estrutura da rede de serviços de saúde que prestam assistência à população indígena na área de abrangência do DSEI AL/SE, bem como o fluxo de assistência dispensado àqueles que se deslocam do território para acesso a serviços na capital do Estado.

O que se pode observar a partir da realidade investigada é uma problemática importante em torno da saúde dos povos indígenas, que se constitui em muitos casos, na dificuldade de resolutividade das ações na atenção básica, pois, apesar de saber que a relação entre os níveis de atenção à saúde é um fator condicionante para a integralidade da assistência, sabe-se que a não resolutividade na atenção básica irá implicar nas demandas que serão encaminhadas para os demais níveis de complexidade no SUS.

Ademais, ao serem remetidos aos níveis de média e alta complexidade, essa população se distancia cada vez mais do seu território, dos seus costumes, tendo que adentrar contextos distintos do seu modo de vida e organização. É sabido, ainda, que a PNASPI estabelece o estado e os municípios como responsáveis pela complementaridade dessa assistência, de modo que possam garantir uma atenção diferenciada em todos os níveis de assistência, apesar de que esses

¹⁰²O Tratamento Fora do Domicílio é regulamentado, no âmbito nacional, através da Portaria SAS/MS nº 55/1999. É um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, uma ajuda de custo para pacientes na rede pública/conveniada/contratada para tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem que dependem de tratamento fora do seu domicílio.

papéis não estão definidos na política de saúde. Nesse ínterim, o art. 8º da PNASPI define: “Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: I - Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena” (BRASIL, 2004).

Em recente estudo realizado acerca da integralidade na saúde prestada aos povos indígenas, para além da diversidade e da fragmentação das normas, Scalco, Aith e Louvison (2020, p. 599)¹⁰³ apontam que “a falta de definição clara nas legislações, nos papéis de cada instituição, confere maior complexidade à integralidade e à equidade em saúde, o que deveria ser garantido pelo SASI. Por isso é importante lembrar que a luta em busca dessa cidadania diferenciada e a busca pela redução das assimetrias na saúde prestada à população indígena deve se dar em todos os níveis de atenção, para fins da integralidade da assistência, e que nos níveis de média e alta complexidade essa realidade é ainda mais complexa, tendo em vista o deslocamento do seu território e o seu financiamento.

5.2 Caracterização do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Alagoas e Sergipe Maninha Xucuru Kariri¹⁰⁴

As reflexões aqui apresentadas acerca do controle social na saúde dos povos indígenas de Alagoas e Sergipe são baseadas na análise de conteúdo das atas do Conselho Distrital de Saúde Indígena no período que compreende os anos de 2016-2019. Inicialmente, faremos um breve resgate acerca da sua formação e estrutura, a fim de possibilitar um maior entendimento quanto ao funcionamento da maior instância de controle social no âmbito do DSEI AL/SE.

O CONDISI AL/SE foi formado no ano de 2000, sua criação é baseada na fundamentação da Lei 8.142/1990 e regulamentada pela Resolução 453/2012 do CNS¹⁰⁵. Seu Regimento Interno foi aprovado por meio da Resolução Nº 01/2016, publicada no Boletim de

¹⁰³ Acerca do estudo ver: SCALCO, Nayara, AITH, Fernando, LOUVISON, Marília. **A relação Interfederativa e a integralidade no subsistema de saúde indígena: uma história fragmentada.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 44, N. 126, P. 593-606, JUL-SET 2020.

¹⁰⁴ Etelvina Santana da Silva, conhecida como Maninha Xucuru Kariri, nascida e criada na Fazenda Canto, Terra Indígena Xucuru Kariri em Palmeira dos Índios (AL) foi a primeira mulher dirigente da APOINME, liderou a luta pela terra junto ao seu povo e ajudou a construir retomadas de terras por todo o Nordeste. Tinha 20 anos quando seguiu para o Recife (PE) com o objetivo de vencer na vida: cursar medicina e ter tudo aquilo que desejava. Dois anos depois de intensa luta, trabalhando duro para mal conseguir pagar o cursinho preparatório ao vestibular e o transporte, decidiu voltar à aldeia para “vencer na terra”. Maninha Xucuru Kariri morreu em 2006, por desassistência médica em um Hospital em Palmeira dos Índios (AL). Maninha trouxe para a questão indígena a pauta da mulher e esteve entre as 52 brasileiras indicadas pelo Projeto “1000 Mulheres Para o Prêmio Nobel da Paz de 2005”. (CIMI, 2018).

¹⁰⁵ O CONDISI inicialmente regulamentado pela Resolução 333/92, que orienta o seu funcionamento, é regulamentado pela Resolução 453/2012, que atualiza a 333/92.

serviço do Ministério da Saúde Ano 31 da Edição Extraordinária nº 12, de 27 de dezembro de 2016. O CONDISI é composto por 24 membros titulares. Na sua composição aplica-se o princípio da paridade, sendo 50% representantes das etnias indígenas de Alagoas e Sergipe¹⁰⁶, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas. Dos demais, 25% são representantes dos que compõem a força de trabalho que atua na atenção à saúde indígena no âmbito do DSEI, representados por profissionais de nível superior e médio, representados pelos Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento, que são eleitos pelos seus representados, e 25% que estão distribuídos entre representantes das organizações governamentais e prestadores de serviços.

A composição do conselho distrital favorece a participação indígena, considerando que alguns representantes dos trabalhadores da saúde são indígenas, sobretudo os AIS e AISAN, que obrigatoriamente devem ser indígenas. Durante o estudo, foi possível identificar, no período de março de 2016 até abril de 2018, que dos 06 (seis) conselheiros que representavam os trabalhadores da saúde indígena, entre os titulares e suplentes, 04 (quatro) deles eram indígenas. Essa realidade muda a partir de agosto de 2018, 2ª reunião ordinária de 2018, em que os registros mostram que todos os conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde são indígenas. Para visualização do quadro composição do CONDISI, consultar Apêndice I.

A estrutura organizacional do CONDISI é composta pela plenária, presidente e vice-presidente, secretário executivo e comissões. Com relação à estrutura física, o CONDISI conta com uma sala reservada ao controle social, dentro da estrutura do DSEI, possuindo ainda equipamentos como computador, mesa, cadeiras e armário. As reuniões acontecem no auditório, também na estrutura do DSEI, havendo a possibilidade de acontecerem de forma descentralizada nas aldeias, conforme disponibilidade de recursos financeiros e deliberação do próprio CONDISI.

Observou-se que nas reuniões é comum que, em sua abertura, seja realizado a apresentação de um ritual indígena, o Toré¹⁰⁷. E de acordo com o seu Regimento Interno, o CONDISI AL/SE reunir-se-á ordinariamente, trimestralmente, nos meses de fevereiro, maio,

¹⁰⁶ As 11 etnias de Alagoas e apenas 1 etnia de Sergipe fazem parte da composição do CONDISI, a etnia Fulkaxó embora seja atendida pelos serviços de saúde, a partir da decisão do STF na ADPF 709 (2020), não possui cadeira no CONDISI.

¹⁰⁷ Toré é um ritual comum a várias etnias do Nordeste brasileiro, como os Pankararu, Pankararé, Kariri-Xocó, Xukuru-Kariri, Potiguara, Geripankó e Fulni-ô. Trata-se de uma manifestação cultural de grande importância para os indígenas, envolvendo tradição, música, religiosidade e brincadeira. A cerimônia inclui ainda uma dança circular, em fila ou pares, acompanhada por cantos ao som de maracás, zabumbas, gaitas e apitos. Cada comunidade possui um Toré próprio e singular, apresentando variações de toadas, ritmos e expressões (BRASIL, 2022).

agosto e novembro, na segunda semana do mês. Todas as reuniões são convocadas com antecedência mínima de 30 dias, e extraordinariamente, com antecedência mínima de 10 dias, por requerimento da maioria simples de seus membros, em situações de emergência e com pauta específica. O CONDISI dispõe de suporte financeiro, previsto no Plano de Trabalho anual do DSEI, para fins de disponibilização de diárias para possibilitar o deslocamento dos conselheiros para participar das reuniões, mas é importante registrar que durante o estudo não tivemos acesso ao referido plano e nem aos valores pactuados.

Desse modo, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o controle social no âmbito do DSEI AL/SE é instituído por meio dos 12 Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), que tiram na sua base um representante para a composição do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), tendo na sua formação a representatividade de todas as etnias no âmbito do DSEI, e o Fórum dos Presidentes dos CONDISIs (FPCONDISI) que é composto pelos presidentes dos 34 DSEIS do território nacional.

5.3 Análise acerca da direção das ações do CONDISI na garantia da saúde dos povos indígenas de AL/SE

As reflexões aqui apresentadas partem da análise documental realizada a partir de reiteradas leituras dos registros nas atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CONDISI, visando apreender questões de maior relevância e as proposições dos conselheiros diante dos limites e possibilidades postas para o exercício do controle social na política de saúde indígena. Para facilitar a sistematização e interpretação das informações obtidas, foi observado a necessidade de eleger alguns entre os termos mais discutidos nas reuniões do CONDISI.

Além disso, a análise acerca da atuação do conselho se deu a partir de questões como a participação dos conselheiros nas reuniões, a organização do CONDISI e com base nos encaminhamentos dados aos temas mais trazidos às discussões. Os encaminhamentos das questões foram analisados a partir da produção de documentos como resoluções, recomendações e cartas de repúdio. Com isso, objetiva-se identificar a direção das ações do Condisi, no sentido de assegurar a assistência à saúde desses povos. Inicialmente, é importante reiterar que o estudo revela reflexões apreendidas a partir dos registros das atas, o que pode, em alguma medida, limitar a análise pretendida. Ainda a esse respeito cabe destacar:

- 1 - A redação constante nas atas não constitui as falas dos sujeitos em sua totalidade, em sua íntegra, pois não se trata de transcrições ou compilações de falas integrais, o que ocorre apenas quando um participante solicita que o seja feito. Desse modo, as falas que

compõem as atas apresentam a sistematização das falas presentes nas reuniões, que são digitadas pela secretaria executiva do Condisi, apresentando um caráter resumido das discussões;

2 - Tendo em vista o caráter qualitativo da pesquisa, a quantificação de alguns dados se deu apenas para fins de obtenção de uma visão acerca dos aspectos referentes à repetição dos tópicos, intervenções ou número de participações nas reuniões. Esses dados isoladamente, não permitiriam revelar a direção de sua atuação de modo a contextualizar o conhecimento da realidade estudada. Desse modo, entende-se a importância desses dados, que irão expor o envolvimento, a responsabilidade e a qualidade da participação desses representantes no exercício de sua função e evidenciar a força, o peso e a importância que o CONDISI tem na gestão pública da saúde indígena.

5.3.1 Participação e organização do CONDISI

Com base no que foi apreendido acerca da participação, organização e cumprimento de sua finalidade, pode-se afirmar que:

1 - Partindo do princípio de que o CONDISI, fundamentado no seu regimento interno, reunir-se-á ordinariamente a cada três meses e extraordinariamente, quando necessário. Tendo em vista que este Conselho se reuniu 29 vezes durante o período estudado, pode-se observar que este dado demonstra o cumprimento de sua finalidade, em termos de realização das reuniões prevista, que inicialmente seria 16 reuniões ordinárias no período ao qual foi dedicado este estudo, de modo que foram realizadas 13 reuniões a mais que o previsto, fato que nos permite inferir que o seu objetivo em termos de mobilização, participação e provocação ao debate em torno das questões relacionadas à política de saúde destinada aos povos indígena foi alcançado;

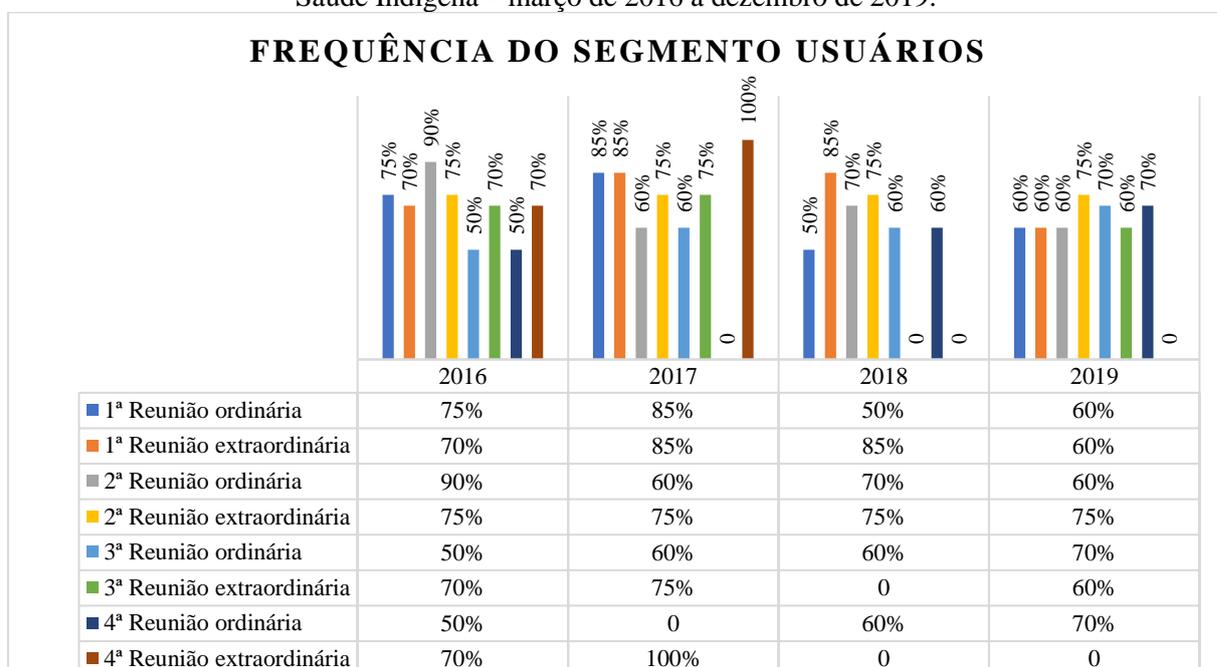
2 - Observou-se na leitura das atas que nas reuniões as pautas foram respeitadas, havendo a possibilidade de mudança, quando solicitado. Ou seja, esta entra em votação e os conselheiros presentes acatam ou não a mudança, o que indica que os temas propostos são debatidos. Observou-se também que as reuniões do conselho são iniciadas com a leitura, retificações e aprovação da ata da reunião anterior;

3 - Com relação à participação dos conselheiros nessa instância de controle social, aqui apresentamos algumas tabelas elaboradas a partir dos registros nas atas, que possibilitam

quantificar o percentual de sua frequência, tendo como base uma totalidade de 24 conselheiros titulares, entre indígenas e demais segmentos não indígenas.

É importante registrar que as frequências foram obtidas por meio da menção de cada representatividade, que é feita pela secretaria executiva do CONDISI na abertura das referidas atas. Desse modo, optou-se pela análise da frequência a partir do registro do representante citado no corpo da ata, tendo em vista que elas só são assinadas na reunião posterior, havendo a possibilidade de algum conselheiro vir a faltar a reunião seguinte e não assinar a ata da reunião que participou.

Gráfico 1 – Frequência dos conselheiros do segmento usuários - Reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena – março de 2016 a dezembro de 2019.



Fonte: Elaboração própria (2022).

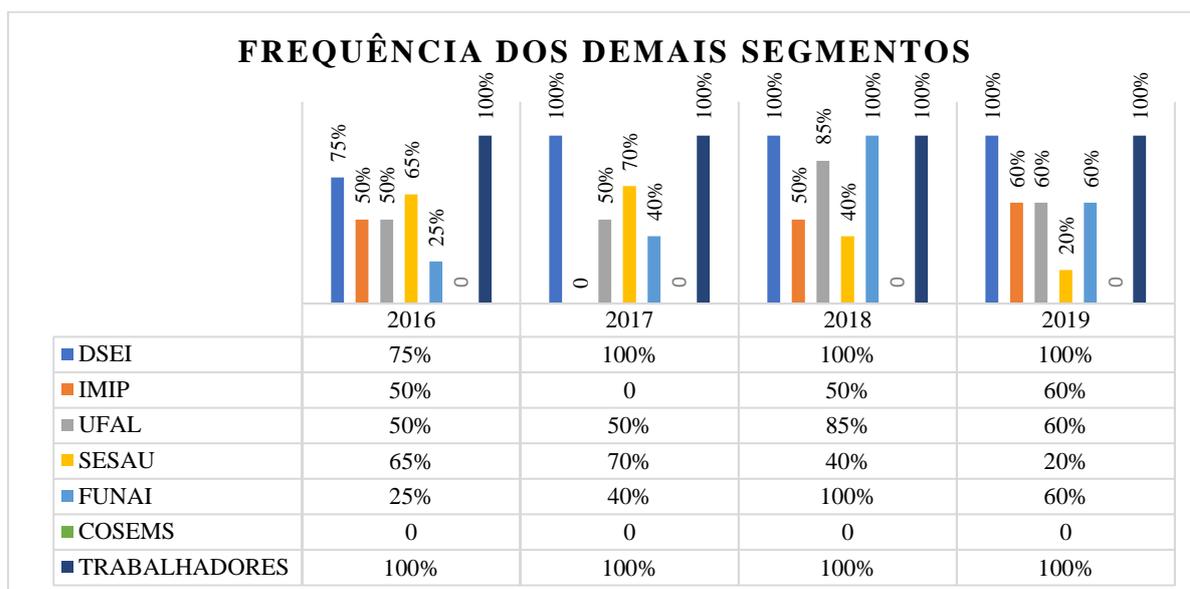
É importante mencionar que em 2017 o CONDISI realizou 05 reuniões extraordinárias. A 4ª reunião extraordinária ocorreu em 08/09/2017 e teve como objetivo discutir os problemas relacionados aos transportes, tendo em vista que o Conselho deliberou que o tema só entraria em pauta novamente após a vinda de um representante da SESAI para discutir a problemática sob o ponto de vista da população usuária do serviço. Mas seus desdobramentos acarretaram a realização da 5ª reunião extraordinária, que ocorreu no dia 21/09/2017, também com a presença do técnico da SESAI. Na ocasião, constatou-se que houve 100% de participação do segmento indígena nas duas reuniões às quais nos referimos.

Tabela 1 – Frequência dos conselheiros dos segmentos Governo/Prestadores de serviços - Reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena – março de 2016 a dezembro de 2019.

DEMAIS SEGMENTOS	2016	2017	2018	2019
DSEI	75	100	100	100
IMIP	50	Não há registro	50	60
UFAL	50	50	85	60
SESAU	65	70	40	20
FUNAI	25	40	100	60
COSEMS	Não compareceu.	Não há registro.	Não há registro.	Não há registro
TRABALHADORES	100	100	100	100

Fonte: Elaboração própria (2022).

Gráfico 2 – Frequência dos conselheiros dos segmentos Governo e Prestadores de Serviços.



Fonte: Elaboração própria (2022).

Vale ressaltar que os dados representam apenas uma amostra do universo investigado, e, ainda, faz-se necessário situar essa participação no cenário político no qual ela está inserida, que, conforme já foi exposto, situa-se no contexto do golpe de 2016, que trouxe impactos devastadores para as políticas sociais em todos os âmbitos. E apesar de alguns relatos acerca do esvaziamento nas reuniões do CONDISI, é importante salientar que os registros demonstram participação absoluta entre os trabalhadores da saúde indígena durante todo o período estudado.

Observa-se por meio dos relatos transcritos que os representantes indígenas recebem um incentivo pago por meio de diárias para o seu deslocamento para participação nas reuniões. Já nas primeiras atas das reuniões realizadas em 2016, é possível observar a abordagem acerca dessa ausência de alguns representantes do segmento indígena sem justificativas, quando é trazido à plenária questões como: faltas injustificadas dos conselheiros titulares e a falta de mobilização e articulação entre os conselheiros e a sua base, nos CLSI, a fim de possibilitar a participação de um suplente, e a falta, sobretudo do segmento prestadores de serviços, que apresenta um percentual considerável de faltas nas reuniões do conselho distrital. Conforme fala da indígena da etnia Wassu Cocal ao expressar que:

[...] sobre o controle social, a casa precisa se organizar, as reuniões nas bases precisam acontecer para que o CONDISI tenha argumentos e boas discussões. Ressalta a inadimplência de alguns conselhos locais, que estes precisam se organizar quanto ao seu regimento interno, [...] também chama a atenção para as faltas sem justificativas dos conselheiros distritais. Se faz necessário analisar o comparecimento também das instituições no CONDISI e avaliar a substituição dos faltosos. [...] Falou da responsabilidade dos conselheiros, pontualidade [...] quando um titular não pode comparecer existe a suplência para substituir, o que não pode é não mandar ninguém ou receber as diárias sem comparecer (ATA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONDISI, 28 a 30/03/2016).

Entende-se que essas dificuldades são em grande medida decorrentes do caos político vivenciado no país. Nessa esteira, observa-se dificuldades inclusive em termos de gestão. A título de informação, só durante o período recortado neste estudo, a coordenação do DSEI AL/SE foi substituída por três vezes, em todas elas as nomeações se deram por indicação política partidária, e essa rotatividade na coordenação ocasionou a descontinuidade de algumas ações. Embora não haja referência quanto à filiação partidária dos coordenadores indicados no período, há registro de que os mesmos vieram para desmontar o CONDISI, o que pode ser identificado por meio da fala de inúmeros conselheiros ao aprovar a elaboração de uma carta de repúdio contra as indicações. Apesar de não termos tido acesso ao documento construído e aprovado naquela ocasião, podemos apresentar alguns registros que consta em ata:

A presidente do CONDISI, indígena da etnia Katokinn fala: “necessidade de se discutir a situação do DSEI, na qual o controle social foi totalmente desrespeitado, sendo colocadas pessoas na direção do DSEI que desconhece a causa indígena e não demonstra interesse”. **Indígena da etnia Xucuru Kariri fala:** “que é preciso elaborar um documento repudiando a situação das indicações”. **Indígena da etnia Kalankó fala:** “os responsáveis pelo atraso somos nós mesmos que temos permitido certas situações. Estamos sendo traídos pela própria casa, estamos em jogo político de má fé, assim como também deixamos de fazer o dever de casa que deveríamos ter feito antes” (ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONDISI, 10 a 12/05/2017).

Durante todo o período estudado, observou-se inúmeras discussões acerca da necessidade de mobilização para fins de participação dessa população. Já durante as primeiras reuniões do

período, foram abordadas, por diversas vezes, questões acerca da necessidade de reestruturação dos conselhos locais, apresentadas e aprovadas várias propostas de capacitações e seminários *in loco*, capacitação para os conselheiros distritais, mobilização e fortalecimento do movimento indígena em todas as instâncias e demais ações que serão citadas ao longo deste estudo.

5.3.2 Temas mais discutidos nas reuniões do CONDISI

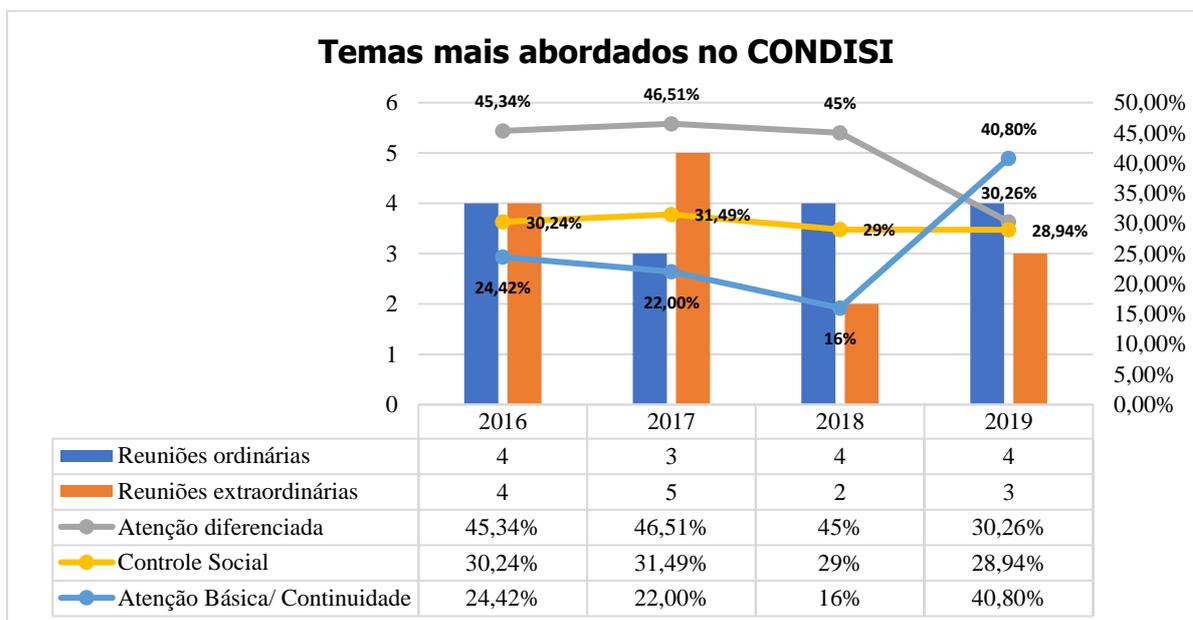
Os dados apresentados a seguir são resultado da leitura dos inúmeros registros, dada sua organização, e ordenação por assunto. A partir desse movimento, foi então identificado os temas mais abordados durante as reuniões do conselho, a saber: 1 - O controle social, seu papel e a atuação dos conselheiros; 2 - Problemas relacionados à atenção básica, sua execução no território e as dificuldades na continuidade do tratamento; 3 - Questões relacionadas à atenção diferenciada, que se constitui a expressão mais utilizada nas discussões que envolve a saúde dos povos indígenas durante as reuniões do CONDISI no período estudado; de modo que demonstramos a frequência na qual eles foram abordados na Tabela 2.

Na sequência, foram produzidas as Tabelas 3, 4 e 5. Nelas detalhamos alguns recortes, por assunto, que constituem os temas mais abordados nas reuniões, para que possamos compreender as inúmeras especificidades que se expressam na atenção básica, no dia a dia, no chão da aldeia, e que possibilitaram a síntese dos referidos temas, sem, contudo, desprezar a riqueza das informações.

Tabela 2 – Temas mais abordados nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena – março de 2016 a dezembro de 2019.

REUNIÕES	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Reuniões ordinárias	04	03	04	04	15
Reuniões extraordinárias	04	05	02	03	14
TEMAS					
Atenção diferenciada	39	40	26	23	128
Controle Social	26	27	17	22	92
Atenção Básica/ Continuidade do Tratamento	21	19	16	31	87

Fonte: Elaboração própria (2023).

Gráfico 3 - Temas mais abordados nas reuniões do CONDISI.

Fonte: Elaboração própria (2023).

A classificação dos temas destacados se deu por reiteração nos registros das 29 atas. Posto isto, verifica-se que questões relacionadas a uma atenção diferenciada representou a maioria das falas trazidas aos debates. Na sequência, questões relacionadas ao controle social, e, por fim, questões acerca da atenção básica e a continuidade dessa atenção nos demais níveis de complexidade, tendo em vista a garantia à assistência integral na saúde. Ao analisarmos a média entre os quatro anos estudados, podemos observar que as questões relacionadas à atenção diferenciada refletem 41,69% das discussões, na sequência o controle social com 29,96%, seguido da atenção básica/continuidade do cuidado, com 28,35%.

Desse modo, com base nas questões abordadas acerca da PNASPI, compreende-se que essa atenção diferenciada é a base central da política de saúde a eles direcionada, tendo em vista suas especificidades no que se refere à sua organização, suas particularidades culturais e epidemiológicas. E apesar de incorporada juridicamente, representa uma das principais problemáticas na implementação dessa política, de forma que destacamos algumas dificuldades apresentadas nos registros das reuniões do CONDISI, que refletem a realidade das aldeias no que concerne a essa atenção diferenciada.

Tabela 3 - Questões tratadas nas reuniões do CONDISI ligadas a garantia de uma atenção diferenciada na saúde indígena - março de 2016 a dezembro de 2019.

Falta de articulação entre a biomedicina e a medicina tradicional

Cobranças acerca da implantação da farmácia viva

Capacitações para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS)

Contratação de AIS, que são o elo entre a população indígena e a equipe de saúde

Contratação de profissionais capacitados para atuar em contextos interculturais

Capacitação para os profissionais que atuam em contextos interculturais/territórios indígenas

Cobranças acerca da elaboração de projetos destinados a essa população que leve em consideração suas especificidades étnicas e culturais

Elaboração de plano de transporte de acordo com as especificidades de cada território

Criação de um modelo de contratação de RH com critérios diferenciados para força de trabalho indígena

Críticas ao modelo de gestão da saúde indígena que não respeita as especificidades

Críticos de seleção e editais para chamamento público que não é voltado para as especificidades

Discussões acerca da criação de um modelo de contratação de força de trabalho que respeite suas especificidades culturais, e no qual as lideranças sejam partícipes do processo de seleção junto com o Ministério Público

Fonte: Elaboração própria (2023).

Nesse sentido, embora possamos reconhecer as mudanças ocorridas com o modelo de organização do sistema de saúde preconizado na PNASPI, o estudo nos aponta os inúmeros desafios postos a sua implementação, sobretudo no tocante a essa atenção. Assim, observa-se que apesar do que dispõe a política de saúde indígena, as estratégias de operacionalização dessa noção de atenção diferenciada são ainda insuficientes, de modo que há inúmeras e recorrentes demandas relacionadas a esta problemática, conforme identificado na tabela acima, isso em nível local, no âmbito da atenção básica, sem que se pese seus desdobramentos nos demais níveis de atenção à saúde, em contextos externos ao seu território.

A compreensão acerca dos fatores que interferem na forma como os povos indígenas entendem a saúde e a doença e como eles relacionam esses fatores a sua organização social faz parte do que deveria ser a atenção diferenciada na saúde indígena. Para Mota e Nunes (2018), as especificidades culturais dos povos indígenas muitas vezes são pouco compreendidas até mesmo pelas próprias equipes de saúde que atuam no subsistema de saúde indígena, que apresentam pouca ou nenhuma relação com a história do ser indígena, o que muitas vezes representa uma barreira na organização dos processos de trabalho.

Este um dos entraves na contratação de força de trabalho para a saúde indígena e tendo sido pauta de discussão desde a 1ª CNSPI realizada em 1986, configurando-se um dos objetos de discussão mais relevantes na política de saúde indígena. Assim, é oportuno ressaltar que esta é uma tendência na saúde indígena, o que pode ser visto em Garnelo (2002) ao afirmar que a terceirização dos serviços de saúde destinado aos povos indígenas coaduna-se com a política neoliberal em voga no país, que propõe a retração do Estado nas políticas sociais, repassando a responsabilidade por estas políticas para o terceiro setor.

Nesse sentido Correia (2011) faz uma crítica a esse processo de privatização dos serviços públicos em curso no Brasil, através dos denominados “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). A autora ressalta que a tendência crescente de repasse do fundo público para o setor privado transferindo a execução destas ações para o setor “público não-estatal”, que na realidade é privado, caracteriza-se um processo de privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos e constitui-se uma grave ameaça aos direitos sociais, por inúmeras questões, mas, sobretudo, porque “limita o controle social e propicia o desvio dos recursos públicos” (CORREIA, 2011, p. 1).

Acerca do tema, pode-se registrar uma fala do conselheiro indígena da etnia Tinguí Botó, que, após concordar com as falas acerca da construção de uma proposta para contratação dos profissionais, fala: “o objetivo é se pensar uma alternativa para apresentar por que ninguém pode apenas afirmar que não quer as OS ou outra forma de contratação, tem que apresentar argumentos consistentes” (4ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, 03/10/2016). Na mesma reunião, foi aprovado a proposta de prorrogação dos contratos dos profissionais e a criação de um grupo de trabalho para ouvir a população indígena e construir uma proposta, em conjunto, para contratação dos profissionais.

Assim, compreende-se que vários são os fatores que influenciam na garantia dessa atenção diferenciada, sendo, portanto, um grande desafio na implementação da PNASPI. Percebe-se também que essa assistência só poderá ser minimamente viável se houver uma política que reconheça a diversidade sociocultural desses povos, considerando que a grande dificuldade está justamente nas especificidades de cada etnia, em cada território, e que essa atenção diferenciada deve considerar os saberes desses povos e respeitar sua opção pelo sistema de tratamento e cura, tendo em vista a sua relação com a natureza, e natureza/cultura, que para os povos indígenas são elementos fundamentais à vida, constituindo-se na determinação sociocultural da saúde indígena.

Nessa direção, é importante registrar que durante a 2ª reunião ordinária de 2019, há registro em ata acerca da apresentação e aprovação do Projeto de Medicina Tradicional. Na ocasião, foi aprovada a proposta do “Primeiro encontro dos detentores de saberes indígenas e EMSI”, que, de acordo com uma técnica do DSEI,

Trata-se de um novo programa no qual será realizado diálogos nos territórios que serão utilizados para a construção projeto, que tem como um dos objetivos a articulação entre os saberes tradicionais junto a biomedicina. Os passos para a elaboração do projeto serão executados com articulação com a equipe do DSEI e o controle social (ATA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA, 02 a 04/07/2019).

A discussão acerca da articulação entre os saberes, do resgate dos conhecimentos tradicionais e dos diferentes modos de organização que constituem as especificidades desses povos são fundamentais para a discussão acerca da noção de atenção diferenciada, sendo essas especificidades essenciais ao entendimento da determinação do processo saúde doença dessa população.

Tabela 4 - Questões tratadas nas reuniões do CONDISI acerca do controle social na política de saúde indígena - março de 2016 a dezembro de 2019.

Falta de compromisso por parte de alguns conselheiros, faltas injustificadas às reuniões do CONDISI
Enfraquecimento do Movimento Indígena/ Paralisação do FPCONDISI
Necessidade de capacitações para os conselheiros locais e distritais
Mobilização contra a proposta de municipalização da saúde indígena
Falta de organização de alguns CLSI, que ainda estão sem regimento interno
Reiteradas faltas dos representantes da FUNAI, IMIP e COSEMS nas reuniões do CONDISI
Discussões acerca das mudanças no cenário político e suas implicações na saúde indígena
Denúncias acerca de decisões em nível central sem consulta ao CONDISI
Discussões acerca da aprovação de projetos sem apreciação e aprovação do CONDISI
Denúncia de perseguição por parte da gestão do DSEI a membros do CONDISI e de suas comissões
Discussões acerca do papel do controle social na saúde dos povos indígenas

Fonte: Elaboração própria (2023).

Dados do estudo revelam que a expressão controle social esteve presente nos registros a partir de questões como a necessidade de reforçar o papel do Conselho e do Conselheiro, da importância que estes possuem no desempenho de suas funções, no acompanhamento e fiscalização da execução das ações propostas na implementação da política de saúde. Mas, sobretudo, no que se refere a necessidade de organização e mobilização dos povos indígenas na luta contra os inúmeros ataques sofridos na atual conjuntura, inclusive, contra a forte ameaça de municipalização da saúde indígena.

Observa-se que as determinações políticas do período ocasionaram danos às ações de saúde, como a descontinuidade de alguns serviços e o atraso na fase inicial de implementação das ações estabelecidas no planejamento. O que se deve, sobretudo, às políticas ultraneoliberais implementadas no governo Temer e aprofundadas no governo autoritário de Bolsonaro.

Essas questões podem ser observadas desde o registro da 1ª reunião extraordinária que ocorreu em março de 2016, ocasião em que o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI)¹⁰⁸, referente ao período 2016-2019, foi apresentado e aprovado entre os conselheiros do CONDISI. No entanto, o PDSI que teria que ser imediatamente submetido ao Fórum dos presidentes dos CONDISIs (FPCONDISI), para a homologação necessária ao início da sua execução, somente foi homologado no final do segundo semestre de 2016, pois o FPCONDISI encontrava-se paralisado. Sua paralisação se deu em decorrência dos impactos sofridos com caos político instalado no país e das medidas adotadas pelo então presidente Michel Temer no contexto do golpe que o coloca no poder, fato que pode ser constatado através da leitura da ata da 4ª reunião ordinária ocorrida em dezembro de 2016, quando naquela ocasião a então presidente do CONDISI, Cacique Nina, apresentou o PDSI homologado, com nove meses de atraso para o início de sua execução.

Ainda nesse contexto, podemos observar inúmeros registros acerca da conjuntura política do país, que influenciou diretamente na condução da política de saúde indígena e nas ações de saúde, desde o território até o acesso aos demais níveis de complexidade, de acordo com a ata da 2ª reunião ordinária, que ocorreu nos dias 20 a 22/06/2016.

A presidente do CONDISI, indígena da etnia Katokinn fala: “o fórum dos presidentes dos CONDISI e controle social paralisados. É preciso que ocorra organização, enquanto não houver mobilização nada poderá ser feito”. **Indígena da etnia Wassu Cocal fala:** “mesmo com a existência do caos político que o país está vivenciando, as ações de saúde devem ser planejadas e executadas”. Ela fala da “necessidade de fortalecer o movimento indígena é preciso que todos discutam as políticas indigenistas” (ATA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA, 20 a 22/06/2016).

Indígena Xucuru Kariri fala: “elaboração de um documento para encaminhar ao FPCONDISI com o objetivo de sensibilizar o ministro da saúde que pretende municipalizar a saúde indígena”. **Indígena Wassu Cocal fala:** “é preciso organizar a base, pois vamos enfrentar uma grande batalha para defender o SASI”. **Indígena Kariri Xocó fala:** “são preocupantes as intenções do ministro que é um militar, médico e político. A Sesai modificou a realidade dos povos indígenas que viviam se humilhando nas portas dos municípios” (ATA 1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, 06/02/2019).

Desse modo, compreende-se que apesar das imposições e dos ataques dos governos ultraneoliberais, e da violência e da desassistência para com os povos indígenas, é visível a luta

¹⁰⁸ O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) é um instrumento para desenvolver e aprimorar o planejamento de ações a partir de uma análise situacional da saúde e saneamento nas aldeias, alinhadas ao Plano Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no âmbito central, e à previsão orçamentária para os anos de execução deste documento, garantindo viabilidade para a execução das ações planejadas de acordo com as prioridades estratégicas elencadas. O plano apresenta as intenções, objetivos e metas a serem alcançadas no período de quatro anos, configura-se uma ferramenta de gestão que possibilita uma atenção especial à sua avaliação e monitoramento contínuos pela SESAI, pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI).

dessa população pela garantia dos seus direitos, de modo que os registros demonstram que há correlação de forças no âmbito do CONDISI. Durante o estudo, pudemos observar que há uma disposição na discussão acerca do controle social, sobretudo no que se refere a capacitações continuadas para conselheiros e lideranças indígenas, organização, estruturação dos conselhos locais, com destaque para a aprovação de propostas como a de criação de calendário para realização de reuniões descentralizadas do CONDISI e retomada dos Encontros de pajés¹⁰⁹.

No decorrer do período, alguns avanços podem ser identificados por meio da atuação do CONDISI, no que se refere à estruturação dos conselhos locais, com mobilização das lideranças, caciques e pajés, na revisão dos regimentos internos, nas discussões em torno da implementação da política de saúde. Podemos destacar a apresentação de pautas que trouxe como proposta a criação de comissões dentro do CONDISI para melhor acompanhar as ações da saúde indígena, a saber:

1 - Comissão de Orçamento, que terá como objetivo realizar a análise de cada contrato existente no âmbito do DSEI AL/SE, gerando relatórios dessas análises que serão posteriormente apresentadas no CONDISI. Para que então sejam realizados os encaminhamentos necessários, deliberados no fórum. 2- Comissão de Acompanhamento das ações de saúde, com o objetivo de acompanhar as ações de saúde, observando o cumprimento de metas, as condições de trabalho e os serviços ofertados em cada polo base de saúde, estendendo-se a sede e a CAPAI, gerando relatórios dessas análises que serão posteriormente apresentadas no CONDISI. Para que então sejam realizados os encaminhamentos necessários, deliberados no fórum. E essas comissões terão caráter permanente e devem ser formadas dentro da paridade, conforme prevê o regimento (ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONDISI, 07-09/08/ 2018).

É importante registrar dois momentos que chamam a atenção no âmbito do conselho: primeiro, o processo eleitoral para diretoria do CONDISI, que foi realizada a partir da formação de uma comissão e acompanhada por representante do MPF, que na ocasião, elogiou a lisura do processo eleitoral, e em sua fala avaliou que o processo eleitoral “ocorreu de forma madura e democrática”, fazendo referência também “a evolução nas discussões do CONDISI, sua formação e a forma como o controle social tem ocupado seu espaço nesse contexto, com clareza e definição do seu papel”. (ATA DA 2ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, 25-26/06/ 2018). O outro momento se refere ao destaque para o sucesso das etapas locais e para a Conferência Distrital de Saúde Indígena, que antecedem a VI Conferência Nacional realizada nos dias 14 a 18 de novembro de 2022, as quais foram avaliadas como um importante momento de reflexão e fortalecimento do controle social naquela instância, e possibilitou uma ampla participação das

¹⁰⁹ O Encontro de pajés constitui-se um momento de reflexão e fortalecimento acerca da sua espiritualidade tradicional e a valorização das suas culturas

comunidades indígenas nos debates, o que compreende um avanço nas discussões acerca da política de saúde.

É importante destacar que no período estudado, os registros demonstram que o representante do segmento que mais faltou às reuniões do CONDISI foi o CONSEMS, que quando “por não haver menção quanto a sua presença nas atas”, havia registro em ata de “não comparecimento”, o que facilita a análise acerca de sua atuação. E ainda de acordo com os registros, observa-se uma tímida participação da FUNAI durante os dois primeiros anos do estudo, realidade que muda a partir de 2018, quando a entidade se faz presente em 100% das reuniões do CONDISI.

Tabela 5 - Questões tratadas nas reuniões do CONDISI acerca dos serviços de atenção básica e continuidade do cuidado - março de 2016 a dezembro de 2019.

Falta de saneamento básico nas aldeias

Vários relatos de problemas relacionados à estrutura física das UBS

Denúncias quanto a qualidade da água, falta de insumos e vacinas

Falta de comunicação entre as equipes

Falta de articulação do DSEI com os municípios

Falta de profissionais nas equipes de saúde indígena

Discussões acerca da atualização dos dados do SIASI e dificuldades de notificações nos sistemas de saúde indígena

Várias reclamações e denúncias quanto aos carros que prestam serviço na saúde indígena

Dificuldade de vagas nos serviços de saúde, sobretudo nos serviços de média e alta complexidade

Denúncias de abandono ao tratamento por falta de transporte para deslocamento

Problemas com alimentação e hospedagem para os indígenas em tratamento fora do território

Falta de articulação do Responsável Técnico com os municípios para viabilizar transporte para a população indígena

Fonte: Elaboração própria (2023).

Durante o estudo que nos levou à construção da tabela acima, observou-se que as inúmeras dificuldades presentes na execução dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas se revelam constantes ao longo de todo o período estudado, sobretudo no que se refere aos serviços executados na atenção básica, no âmbito do território, o que os remete a outras problemáticas, como, por exemplo, as dificuldades enfrentadas pelos povos indígenas na continuidade do tratamento, ao adentrar os demais níveis de atenção à saúde.

Partindo para uma análise acerca do tema, que se situa na conjuntura do governo golpista de Temer, observa-se o desmonte da atenção básica e as dificuldades trazidas a esses

serviços mediante o desfinanciamento dessa política. A esse respeito, Correia (2022, p. 83) apresenta um estudo em que a “atenção básica encontra-se entre as áreas da política de saúde que foram mais afetadas do ponto de vista da influência dos interesses privados, ininterruptamente, nos governos devastadores de direitos de Temer e Bolsonaro”. O estudo revela que entre as medidas que precarizam a atenção básica estão a Portaria 2.436/2017, que estabelece a revisão das diretrizes para a organização da política de atenção básica e a Portaria 2.979/2019, que criou o programa Previne Brasil, estabelecendo seu novo modelo de financiamento de custeio.

É importante salientar que todas as medidas implantadas no governo Temer foram aprofundadas no governo Bolsonaro, o que no caso da saúde indígena, pode ser evidenciado nas discussões do CONDISI; no primeiro ano do governo Bolsonaro, a atenção básica/continuidade do tratamento passa a ser o maior ponto de discussão, com percentual de 40,80%, o que indica um desmonte maior dessa política naquele período.

Observou-se que a problemática é comum a todas as etnias, e os encaminhamentos dados pelo CONDISI a essas questões representam a sua atuação em busca da garantia e efetivação da política de saúde indígena. Essa atuação pode ser visualizada através das discussões acerca de propostas para fins de articulação de cada território junto aos municípios para pleitear a disponibilização do transporte e ampliação de serviços de saúde no âmbito do território, discussões em torno da articulação do CONDISI para fins de ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade, discussões acerca da definição de papéis no compartilhamento de responsabilidades no que se refere a continuidade do tratamento, entre outros.

Nota-se que o problema com transporte esteve presente ao longo de todas as discussões do CONDISI, pois o contrato com a empresa prestadora do serviço, que é realizado a nível central, direto com a SESAI, foi realizado sem que houvesse uma atenção aos diferentes contextos, as particularidades de cada aldeia, além de inúmeras reclamações acerca do serviço prestado, falta de carro e problemas com os motoristas. Esses problemas se intensificam no acesso aos serviços de média e alta complexidade, que demandam maior número de carros para deslocamento dessa população, que apesar da previsão de responsabilidade compartilhada, os municípios não complementam o serviço.

Durante a 4ª reunião ordinária de 2019, podemos observar que, de acordo com o registro da fala em Ata aqui transcrito, o conselheiro do segmento indígena representante da etnia Wassu Cocal afirma:

Será necessária uma articulação junto aos gestores para assumir com sua responsabilidade, pois se trata de direitos a acesso a uma política que é para todos. Sugere que a gestão, responsável técnica de cada território e lideranças indígenas retomam as articulações junto aos municípios para que eles assumam sua responsabilidade junto à saúde indígena (ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONDISI, 18-20/12/2019).

Dentre as propostas para fins da garantia dessa assistência à saúde em sua integralidade, encontra-se a articulação do CONDISI com o MPF/AL para intervir junto aos municípios, a fim de que possam participar na garantia de transporte dos indígenas para os casos de deslocamento para tratamento de saúde fora do território indígena. Conforme registro na ata da 4ª reunião ordinária ocorrida em 18-20/12/2019 aqui transcrito, o registro da fala do conselheiro indígena da etnia Xucuru Kariri:

[...] que informa ter provocado através do CONDISI a participação do MPF nas reuniões do fórum, a fim de intervir juntamente com o DSEI e CONDISI nessa questão dos transportes, o MPF informa que irá expedir recomendações aos municípios. (ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONDISI, 18-20/12/2019).

Toda essa problemática trazida pelos conselheiros indígenas representa a realidade vivenciada nas aldeias, e isso nos leva a uma segunda questão, a qual nos faz refletir não apenas sobre os limites na implementação dessa política, mas também quanto ao que pode se configurar como conflitos de interesses entre os próprios indígenas, quando observamos a forma como essas questões são trazidas, quando em alguns relatos apreende-se que algumas lideranças buscam resolver as particularidades de seu território, sem considerar o todo, a coletividade.

Assim, julgou-se oportuno trazer um exemplo dessas contraposições: o caso da deliberação acerca da não continuidade com o contrato dos transportes, tendo em vista que, além das irregularidades constatadas no contrato, este foi elaborado sem que levasse em consideração as especificidades de cada povo, de cada território, de forma que, a exemplo da quilometragem, foi disponibilizado um total para todos povos, sem, contudo, considerar os povos indígenas que residem em regiões de difícil acesso e geograficamente mais distantes da capital. Mesmo após a deliberação pela não continuidade do contrato, algumas lideranças voltaram atrás da decisão, tendo em vista que julgaram melhor permanecer com ele, mesmo com as irregularidades identificadas pelo próprio conselho, pois, além do fato do contrato em vigor atender a necessidade de alguns, a não continuidade traria prejuízos ainda maiores, tendo em vista, sobretudo, que provocaria a descontinuidade da assistência.

Desse modo, o problema do transporte atravessou todo o período estudado, caracterizando-se como um dos principais entraves para efetivação da política de saúde, juntamente com as contratações de força de trabalho para compor a equipes de saúde indígena,

que é ligada a outras questões, como é o caso da contratação de profissionais com experiência em contextos interculturais.

No entanto, observou-se que nas questões mais polêmicas envolvendo índios e não índios foi comum a união destes para um posicionamento único, inclusive com o cancelamento de algumas pautas que demandavam a presença de técnicos do DSEI e estes não se faziam presentes para os devidos esclarecimentos. Isso ocorreu na apreciação da prestação de contas, na qual um técnico apresentou ao conselho uma planilha com gastos do DSEI. Após a exposição, houve alguns questionamentos acerca das despesas apresentadas, mas o técnico informa que não está apto para responder.

De acordo com a Ata da 3ª reunião ordinária do CONDISI (2018), um conselheiro indígena fala: “trouxe dúvidas relacionadas a questão de diárias e a casa tem que esclarecer, portanto, se faz necessário que se traga pessoas que possam responder as questões, trazer detalhamento sobre a aplicação desses recursos” (3ª ORDINÁRIA, 09 a 11/10/2018). Ainda na ocasião, fala-se da importância do relatório de gestão, da análise do plano distrital de saúde indígena e ressalta-se que prestar contas não é apenas apresentar valores. Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar a importância desse tipo de intervenção do controle social sobre o fundo público, tendo em vista a ampliação, em grande medida, dos modelos de terceirização desses serviços, sobretudo no setor da saúde. Esse movimento de expansão da apropriação do fundo público pelo setor privado, sob justificativa de maior eficiência e agilidade na execução dos serviços, traz inúmeros prejuízos ao controle social, e de acordo com Correia (2011):

[...] a sociedade brasileira deve ficar atenta aos processos de privatização mascarados que estão postos na realidade atual. Em nome da “modernização” e “desburocratização” da gestão está em andamento a flexibilização da gestão e do trabalho através dos “novos modelos de gestão” que, na realidade, privatizam o SUS. CORREIA, 2011, p. 17).

Na ata da 4ª reunião ordinária do CONDISI, que ocorreu de 18 a 20 de dezembro de 2018, há registro da apresentação detalhada da prestação de contas referente aos meses de janeiro a outubro do corrente ano, que foi aprovada, e como encaminhamento foi deliberado que a partir daquele momento a prestação de contas ocorrerá quadrimestralmente e de forma detalhada por polo de saúde.

Possibilidade que não se aplica aos novos modelos de gestão, e nos leva a refletir quanto o porquê de sermos contra a terceirização dos serviços de saúde, tendo em vista a importância do controle social sobre o fundo público, o que de acordo com Correia (2011), na gestão terceirizada é quase inexistente. A autora acrescenta que a “Lei 9.637/98 não contempla os controles próprios do regular funcionamento da coisa pública, tentam contornar todos os

sistemas de fiscalização e controle interno e externo dos gastos públicos, e não se prevê o Controle Social” (CORREIA, 2011, p. 12).

Diante de todas essas questões, destacamos algumas ações do controle social na política de saúde indígena, que foram destacadas nos registros aos quais nos dedicamos e que apontam a direção da atuação do CONDISI AL/SE na luta e defesa pela implementação dessa política, de modo que identificou-se a elaboração de inúmeros documentos, que constam a apreciação e aprovação de deliberações, encaminhamentos, carta de repúdio, relatórios de gestão, prestação de contas, aprovação de projetos, formação de comissões, entre outros.

Tabela 6 - Deliberações e encaminhamentos dados às demandas do CONDISI a fim de garantir a implementação da política de saúde indígena - março de 2016 a dezembro de 2019.

Construção de documento que foi encaminhado ao MS, SESAI, DSEI e MPF com posicionamento contrário à renovação do contrato dos transportes, realizado sem a participação dos povos indígenas;

Resolução nº 01/2016 que aprova o Regimento Interno do CONDISI¹¹⁰,
Resolução definindo que o tema “transportes” não entraria na pauta do conselho até que a SESAI disponibilizasse a presença de um representante para solucionar o problema dos transportes;

Em reunião extraordinária realizada em 08/09/2017, com um representante da Diretoria de Gestão da SESAI (DIGESE) exigiram a construção de um plano de transporte que atendesse as necessidades de cada território indígena no âmbito do DSEI AL/SE;

Recomendação acerca da manutenção de modelo de contratação de força de trabalho para a saúde indígena, tendo em vista que esta seria até o momento a melhor maneira de selecionar profissionais que atenda critérios da proposta de seleção de profissionais com experiência em contextos interculturais;

Deliberação contrária a tomada de decisão da coordenadora do DSEI que nomeou um membro de sua família para ocupar o cargo de secretária executiva do CONDISI

Construção de documento repudiando ação da SESAI que lançou edital para seleção de conveniadas que atuarão na contratação da força de trabalho da saúde indígena, a SESAI havia pactuado que o edital seria criado em conjunto com os povos indígenas, considerando suas especificidades culturais. O documento foi encaminhado ao DSEI AL/SE, MPF/AL, FPCONDISI e SESAI, que recuou da decisão e convocou os povos indígenas para a construção de novo edital.

Construção de um documento do CONDISI AL/SE em defesa da não municipalização da saúde indígena proposta pelo novo governo

Aprovada proposta de construção de um Plano de transportes para atender as necessidades da saúde indígena

Aprovação de proposta de estudo técnico para avaliar a necessidade de contratação de profissionais de saúde para atuar nas aldeias

Deliberação do CONDISI acerca de solicitação de auditoria nos contratos de prestação de serviços no DSEI

Articulação com o MPF/AL para buscar ações que garantam a manutenção e ampliação dos serviços de saúde junto aos municípios que são responsáveis pela complementaridade da assistência à saúde dos povos indígenas.

¹¹⁰ É importante mencionar que a Resolução nº 01/2016 foi a única a qual tivemos acesso durante o estudo, as demais foram referidas no estudo somente por meio das menções relatadas nas Atas.

Articulação com a luta dos movimentos indígenas a nível local, regional e nacional, que expressam a resistência coletiva dessa população, que na grande maioria, têm suas lideranças inseridos nesses movimentos, com destaque para a Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME) em torno das questões indígenas.

Fonte: Elaboração própria (2023).

Foi a apreensão dos encaminhamentos constantes nos registros disponíveis a esta pesquisa que possibilitaram a análise acerca da atuação do Conselho. Essas deliberações, fundamentais à análise pretendida, expressam o grau de comprometimento dos conselheiros, materializam a qualidade da participação e, sobretudo, apontam a direção política do CONDISI; além de demonstrar que o segmento indígena dentro do conselho marca seu território no que se refere à garantia e defesa de seus direitos, de modo que, em algumas ocasiões, pode-se perceber que a gestão do DSEI recua nas suas decisões, tendo em vista a correlação de forças existente nesse espaço, que faz com que algumas questões sejam revertidas em favor dessa população.

Antes de qualquer análise é fundamental registrar que as deliberações e/ou encaminhamentos acima mencionados foram propostos em sua grande maioria pelo segmento indígena dentro do CONDISI, havendo apenas um registro na Ata da 1ª Reunião Ordinária de 2016, da proposição de trazer algumas discussões acerca da PNASPI. A proposta partiu do conselheiro do segmento prestadores de serviços, representando a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que foi acolhida e aprovada por toda a plenária, de forma que já se pode identificar que a direção política do CONDISI é dada essencialmente pelo segmento indígena. Pode-se constatar que o movimento interno deste Conselho tem na sua composição uma representação numérica maior de representantes indígenas, dado o fato de que, além do segmento usuários, a maioria dos profissionais que representam o segmento trabalhadores da saúde são também indígenas.

Outrossim, o movimento no âmbito do CONDISI parte de uma articulação maior entre os usuários do segmento indígena, o que define a sua direção política dentro do CONDISI, pois, embora no âmbito do Conselho sejam tratadas as questões relacionadas a saúde dos povos indígenas, observa-se uma constante articulação desses usuários por fora do CONDISI, onde estão inseridos no movimento indígena, na luta pela terra, elemento fundamental a todas as outras necessidades, e determinante social do processo saúde e doença dessa população.

E para ilustrar a análise acerca dessa articulação, podemos citar as seguintes falas de conselheiros do segmento indígena no CONDISI: **Indígena da etnia Xokó fala:** “Já estamos na luta, fala-se em farmácia viva, mas para se ter essa farmácia é preciso ter terra, pois é lá que

estão nossas ervas [...]. Existe uma luta bem maior e que devemos permanecer unidos” (ATA DA 1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONDISI, 06/02/2019).

Ainda acerca dessa articulação por fora do CONDISI, com a luta dos movimentos indígenas em todos as instâncias, em prol da determinação social que fundamenta todas as demais necessidades essenciais à vida e à saúde dos povos indígenas, pode-se registrar algumas falas que expressam essa articulação e luta:

- Informes acerca da mobilização da APOINME e organizações que estão fazendo chamadas ao movimento indígena para mobilização contra a indicação de um general para presidente da FUNAI; (3ª reunião ordinária 06 a 07/07/2016);
- Informes a apresentação de relatório acerca da participação da delegação de AL/SE no Acampamento Terra Livre (Ata 1ª reunião ordinária 10 a 12/05/2017);
- Informes acerca da participação em Assembleia do CIMI realizada no período de 30/07 a 02/08/2018, realizada em Recife, com a presença de povos indígenas de Alagoas, Pernambuco e Paraíba (Ata 2ª reunião ordinária 07 a 09/08/2018);
- Informes acerca da realização do Encontro dos Povos do Sertão realizado em outubro de 2018 na cidade de Água Branca Al;
- Informes acerca da participação em assembleia Microrregional da APOINME, realizada em 19 e 20/07/2018 na Aldeia Mata da Cafurna do Povo Xucuru Kariri; (Ata 2ª reunião ordinária 07 a 09/08/2018).

Compreende-se que o movimento dentro do Conselho é marcado pela contraposição a toda lógica mercantil, antidemocrática e anti-indígena da política dos governos ultraneoliberais, que se intensificou nos últimos anos, agravando-se no contexto da pandemia da covid-19. Contexto que reflete o governo autoritário e negacionista que, além de não enfrentar a pandemia, intensificou a lógica de expansão do capital, que de acordo com Correia (2022), expressa seu caráter destrutivo no período da pandemia, por meio de fatores como

[...] devastação ambiental se agravou devido ao governo negacionista de Bolsonaro: negação da ciência, do aquecimento global, das queimadas, do desmatamento, no intuito de apoiar grupos econômicos, principalmente o do agronegócio, além de incentivar a invasão de terras indígenas em apoio a mineradoras, garimpeiros, madeiras e criadores de gado (CORREIA, 2022, p. 106).

Diante da conjuntura de regressão aos seus direitos e da violência acometida contra esses povos, causada por inúmeros fatores aqui já apontamos, é nítida a compreensão dos povos indígenas acerca de seus direitos e da luta constante rumo ao atendimento de suas demandas acerca da política de saúde. Luta que faz parte de uma dimensão maior, que compõe, sobretudo,

a demanda pela terra, de modo que se pode observar que os povos indígenas seguem no campo da resistência, seja no âmbito do território, dentro dos espaços de participação, seja fora desses, na articulação com as lutas do movimento indígena em âmbito regional e nacional, por meio de sua organização e participação nos movimentos sociais e nas instâncias de controle social institucionalizado, como é o caso da política de saúde indígena, a qual nos dedicamos neste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou apreender e discutir questões acerca do controle social estabelecido na política de saúde indígena. Muitos foram os desafios enfrentados no caminho percorrido para a realização deste estudo, que não se pretende concluído, nem completo. Vários foram os processos de imersão para as devidas análises, caracterizadas por um ir e vir contínuos para que fosse possível a apreensão das especificidades, as quais nos propusemos na construção desta dissertação.

Durante o estudo, apesar de recorrermos a uma abordagem quantitativa, para fins de análise do percentual da participação dos conselheiros e da identificação dos temas mais discutidos durante as reuniões do conselho, todo o caminhar foi viabilizado por meio de abordagens qualitativas, abordagem fundamental e necessária para análise da qualidade da participação, análise dos conteúdos discutidos, encaminhamentos dos dados e a apreensão das especificidades as quais nos dedicamos, e com isso, buscou-se o desvelamento de um amadurecimento teórico crítico dos processos vivenciados no âmbito do Conselho Distrital de Saúde Indígena pesquisado.

O percurso realizado no presente estudo possibilitou a compreensão de mediações que envolvem o objeto de análise, de modo que o estudo proposto nos revela que ao longo da história dos povos indígenas há inúmeros registros dos crimes cometidos pelos colonizadores e das tragédias que afetaram drasticamente a vida desses povos, podendo facilmente ser elencadas entre escravidão, guerras, massacres, genocídios, e, sensíveis às enfermidades trazidas por não indígenas, essa população foi vítima de inúmeras doenças, como malária, tuberculose, infecções respiratórias, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

O sistema de colonização significou um trágico processo de genocídio dos povos originários. Nesse ínterim, a invasão de seus territórios e o ocultamento de suas culturas são fatores que ocasionaram a eliminação de grande parte desses povos no Brasil, submetidos a diversas formas de dominação, perseguição, violência e, sobretudo, exploração de sua força de trabalho como instrumento dos interesses econômicos. Contudo, cabe destacar que, durante o estudo, constatou-se que todo esse processo foi vivenciado sob forte resistência dos povos indígenas.

Nesse sentido, o estudo apresentado nos possibilitou conhecer a luta desses povos em busca pela sobrevivência e, assim, resgatamos sua trajetória diante do processo de invisibilidade por eles vivenciado; invisibilidade provocada pela política assimilacionista do Estado. Dessa forma, a pesquisa nos deu a oportunidade de conhecer os caminhos trilhados ao longo dos anos

na busca pelo reconhecimento étnico, luta pela terra e pela garantia de seus direitos. Nessa esteira, trata-se de uma luta que se cruza com a luta de alguns segmentos da sociedade brasileira, como foi demonstrado no primeiro capítulo deste estudo, ao resgatarmos a história política da etnia Geripankó, localizada no alto sertão de Alagoas - como caso exemplar e sinônimo de resistência dos índios do Nordeste -, que posteriormente se insere na luta do movimento indígena em nível nacional.

A luta dos povos indígenas pelo seu reconhecimento, tendo em vista a atuação do Estado na perspectiva de eliminar suas diferenças e particularidades, se deu no sentido não apenas do seu reconhecimento étnico, mas, pela eliminação das diferentes formas de violência e extermínio. A atuação do Estado visava a exploração das terras indígenas sob aspectos econômicos e de poder, tendo em vista o processo de exploração e dominação impostos pelo modo de produção capitalista. E, unidos na luta pelo direito à terra, condição fundamental para a sua sobrevivência, esses povos se juntam aos demais movimentos sociais na luta pela garantia de seus direitos.

Essa luta pode ser vislumbrada por meio do movimento coletivo em prol da saúde da população brasileira, conjuntura que possibilitou a incorporação da luta indígena ao grande Movimento da Reforma Sanitária, e os colocam diante de conquistas que possibilitaram mudanças relevantes no ordenamento jurídico brasileiro, entre elas a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde. Essas mudanças no modelo de organização da saúde, decorrentes do processo de democratização do Estado, introduz a população nos espaços políticos de discussões, possibilitando a sua participação nos processos de disputas acerca das demandas da saúde.

Posto isto, este estudo nos possibilitou apreender questões acerca da organização e mobilização dos povos indígenas, da sua inserção na ascensão no movimento indígena nacional e da sua participação nas instâncias institucionalizadas de controle social. Assim, resgatamos o caminho que os levou a conquistas como a implantação do Subsistema de Saúde Indígena e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e que possibilitou o direito a uma atenção diferenciada, que leve em consideração suas concepções, saberes, cultura e sua intrínseca relação com a natureza. Também foi possível visualizar as estratégias e a trajetória desses povos por intermédio de sua participação nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, e no percurso, detalhamos avanços como a criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que implicou mudanças que afetaram a forma de organização e representação desses povos, cujas demandas anteriormente eram traduzidas pelas lideranças indígenas e pelas organizações indígenas.

Entre os avanços decorrentes dessa luta, encontra-se a formação da rede de atenção à saúde prestada aos povos indígenas, e dentro da realidade estudada, na abrangência do DSEI AL/SE, foi possível identificar todo o aparato institucional e equipe técnica que presta serviços de saúde a essa população, de modo que logramos descrever o fluxo de assistência desde a atenção básica até os demais níveis de complexidade da saúde.

Faz-se necessário apontar um outro avanço significativo nesse campo, o conceito ampliado da saúde, considerando-a não apenas como ausência de doença, mas como parte de um conjunto de direitos básicos essenciais, que consideram o modo de viver e de trabalhar da população. Assim, para a população em questão, o presente estudo possibilitou a compreensão acerca do processo saúde e doença, que, para esses povos, encontra-se intimamente ligado às suas particularidades culturais, organização social, sua relação com a natureza e território, tendo em vista que a terra é condição essencial e determinante para o acesso à saúde.

Acerca dessa determinação, foi possível identificar nas discussões dentro do CONDISI, que sua direção, enquanto instância de controle social, visa garantir o direito à saúde da população indígena, que vive em constantes ameaças quanto a questões como: municipalização da saúde indígena, a desmobilização do controle social, a desarticulação do movimento indígena, entre outras. Mas, também foi possível identificar que, sendo a terra o elemento fundamental à vida desses povos, sendo ela a maior determinação social dos povos indígenas, e estando a terra e a natureza no alvo da expansão do capital, sendo ela fundamental a determinação do processo saúde e doença dessa população, a terra pouco aparece nas discussões acerca da saúde, dentro do CONDISI analisado.

Outrossim, todo o exposto também nos leva a uma outra reflexão: a compreensão de que a participação indígena nas instâncias de controle social, a fim de intervir no sentido de participar das discussões e dos processos decisórios que visam a garantia de seus direitos, é imprescindível, mas não suficiente, para superar as injustiças e desigualdades decorrentes de todo o processo de exploração que lhes fora imposto. E por compreender os limites impostos a essa luta, é que se chama a atenção para o fato de que a luta não se esgota no âmbito do conselho, porque este é limitado, devendo-se ir muito além, sobretudo, por intermédio dos movimentos por fora do conselho. Nessa seara, o presente estudo revela que entre os povos indígenas no âmbito do DSEI AL/SE há uma articulação por fora dessa instância, que inseridos no movimento indígena e aos demais movimentos sociais seguem na luta em prol da garantia de seus direitos.

Observa-se que apesar da não abordagem de forma mais efetiva acerca da sua maior determinação social, a terra, a atuação do CONDISI capitaneada pelos segmentos que

representam os povos indígenas (usuários e parte dos trabalhadores) se dirigiu para a garantia da implementação da política de saúde indígena no âmbito do DSEI, o que é demonstrado por meio de seus posicionamentos, encaminhamentos, deliberações e de sua mobilização e participação nas lutas coletivas. Lutas que constroem sua resistência e objetivam as transformações sociais decorrentes da correlação de forças presentes nesses espaços.

Dessa maneira, entende-se que mesmo não tendo garantia da efetivação e ampliação da pauta de seus direitos, mesmo compreendendo os limites postos a essa participação no espaço do executivo do Estado, reafirma-se, em meio aos seus limites, a necessidade da participação dessa população nos espaços de discussões, sobretudo porque esses são espaços que visam estabelecer um diálogo intercultural que possa assegurar meios de garantir o que propõe a PNASPI, que também foi fruto de lutas dos povos indígenas; de modo que se possa, através da correlação de forças presente no interior desses conselhos, avançar na incorporação e garantia dos seus direitos, na superação de conceitos genéricos e esvaziados acerca de questões, como é o caso da atenção diferenciada na saúde destinada aos povos indígenas.

Contudo, sabendo que a participação nas instâncias de controle social não é suficiente para mudar essa realidade, tendo em vista suas inúmeras limitações, salienta-se que as lutas sociais não podem parar, tendo em vista os consecutivos ataques direcionados aos povos indígenas e os desmontes que estiveram presente entre as medidas mais profundas do governo Temer, e que se asseveram no governo Bolsonaro. Medidas que, além de restringirem gastos com direitos fundamentais à vida, como é o caso da saúde dos povos indígenas, flexibilizaram medidas de exploração e apropriação privada de terras indígenas por não indígenas, o que pode ser confirmado por meio do estudo realizado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IPES), divulgado por intermédio do boletim n. 3/2023, que trata do monitoramento do orçamento da saúde indígena, “o orçamento de 2023 destinado à assistência à saúde desses povos é o menor dos últimos dez anos”.

Os ataques aos povos indígenas se materializaram por meio de práticas que negligenciaram as demandas desses povos, como o mais recente caso da crise humanitária vivenciada pelos Yanomamis, da qual já tratamos anteriormente, decorrentes da intensificação do agronegócio, das mineradoras e dos interesses da bancada ruralista, além das inúmeras ações como a militarização de órgãos como a FUNAI e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que reforçavam práticas de intimidação, perseguição e ameaça a esses povos, assumindo claramente posturas anti-indígena.

Desse modo, baseado nas análises decorrentes da pesquisa documental acerca da atuação do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Alagoas e Sergipe, pode-se concluir que

suas ações apontam para uma direção crítica desse conselho, em defesa do Subsistema e da Política de Saúde Indígena, demonstrando sua contraposição aos desmontes dessa lógica mercantil e ultraneoliberal implementada para atender às exigências necessárias à reprodução do capital.

O resultado da pesquisa demonstra que os interesses dessa população, durante o período estudado, se sobrepuseram aos demais, neste espaço, embora possamos registrar algumas contraposições em determinadas pautas, como foi o caso dos transportes, que demonstra algumas fragilidades e limites impostos ao CONDISI, de modo que não haja um posicionamento uniforme entre os próprios indígenas, tendo em vista a insegurança de algumas lideranças conselheiros que se posicionam contrários aos seus pares, a fim de garantir a continuidade do serviço em seu território.

Nessa perspectiva, a análise acerca de sua atuação nos fez perceber que a luta e resistência são marcas da participação dos povos indígenas dentro e fora dos conselhos, de modo que podemos concluir que, apesar dos limites impostos a esses espaços de disputa pela hegemonia, a atuação do CONDISI, sobretudo da representação indígena na garantia da implementação da política de saúde indígena no âmbito do DSEI AL/SE, é propositiva e articulada, com resultados efetivos, de acordo com os registros disponíveis a realização desta pesquisa.

E é a partir de elementos acerca dessa atuação, em todas as instâncias, que se pode observar que a atual conjuntura já aponta para uma nova direção, e que, por meio das lutas e da vontade política da maioria da população brasileira, já se pode vislumbrar novos horizontes acerca da política indigenista no país. A força da vontade coletiva e as lutas colocam novos horizontes às classes subalternas, nas quais se inserem os povos indígenas, e como grupo étnico subalternizado, os povos indígenas estão entre os grupos que sofrem os processos de exploração, mas que também são exemplos de resistência e marcaram presença na luta que possibilitou a conjuntura que se apresenta na atualidade, com o advento da nova gestão presidencial de 2023.

É importante mencionar que, como a grande maioria dos órgãos a nível nacional, a gestão da política de saúde dos povos indígenas esteve, nos últimos anos, nas mãos das forças armadas. Mas, a atual conjuntura inaugura uma nova página na história dos povos indígenas no Brasil. Inicialmente com a criação do Ministério dos Povos Indígenas, ocupado por uma ministra indígena, a SESAI, anteriormente ocupada por um militar coronel do Exército, tem a sua frente um secretário nacional que é indígena. A FUNAI, por as vez, que tinha na sua presidência um Policial Federal, agora está sendo presidida por um indígena. No que se refere

ao DSEI AL/SE, que estava sob a coordenação de um também militar coronel do Exército, atualmente, tem à frente de sua coordenação um indígena da etnia Xucuru Kariri.

Nesse sentido, já se pode visualizar alguns avanços, tanto a nível nacional quanto a nível regional, como é o caso, por exemplo, da revogação da Instrução Normativa (IN) Conjunta n° 12/2022, medida que autorizava a liberação de extração de madeira em terras indígenas, que fora expedida pelo ex-presidente Jair Bolsonaro. Ademais, já se pode, também, vislumbrar a reconstrução de relações que possibilitem a justiça e equidade entre diversas formas de organização social desses povos.

Assim, o que visualizamos é o protagonismo dos povos indígenas no âmbito do DSEI AL/SE por meio de sua participação ativa, seja na correlação de forças dentro e fora do conselho, na luta política, por meio dos movimentos sociais, seja no fortalecimento de sua identidade e práticas interculturais. Observa-se a luta em prol da ocupação de espaços que sempre lhes pertenceram, reafirmando a força e a resistência indígena, que unidos aos demais movimentos da sociedade, buscam estabelecer estratégias contra a opressão e a exploração da classe dominante sobre as populações negras, de identidades étnicas e raciais, visando reforçar os interesses das classes subalternas.

REFERÊNCIAS

- ABRUNHOSA, M. A.; MACHADO, F. R. S.; PONTES, M. L. M. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde Soc.** São Paulo, v.29, n.3, e200584, 2020. DOI 10.1590/S0104-12902020200584. Acesso em 28 de março de 2023.
- ALMEIDA, A. C. Aspectos das políticas indigenistas no Brasil. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 19, n. 3, p. 611-626, jul./set. 2018.
- ALMEIDA, S. L. *et al.* (Orgs.). **Resistência, Memória e Etnografia.** Índios do Nordeste: Temas e problemas. v. VIII. Maceió, Edufal, 2007.
- ALMEIDA, M. R. C. Os índios na História do Brasil no século XIX: da invisibilidade ao protagonismo. **Revista História Hoje**, v. 1, no capítulo 2, p. 21-39 - 2012.
- APIB. Articulação dos povos Indígenas do Brasil. **Plano de emergencial indígena de enfrentamento a covid 19 no Brasil.** Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>. Acesso em: 21 dez. 2022.
- APIB. Articulação dos povos Indígenas do Brasil. **Apib Oficial.** Disponível em: <https://apiboficial.org/2023/02/14/apib-solicita-ao-mpi-a-retirada-de-pauta-do-pl-1912020-que-libera-mineracao-em-terras-indigenas/>. Acesso em: 21 dez. 2022.
- ARRUTI, J. M. A. MORTE E VIDA " DO NORDESTE INDIGENA: a emergência étnica como fenômeno histórico regional. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 15, 1995, p. 57-94.
- ARRUTI, J. M. P A. **O Reencantamento do Mundo Trama histórica e Arranjos Territoriais Pankararu.** Rio de Janeiro 1996.
- ARRUZZO, R. C.; CUNHA, L. D. SANTOS, L. N. Relações territoriais entre povos indígenas e agronegócio no Brasil: conflitos e resistências. **Revista Tamoios**, São Gonçalo, v. 18, n. 1, p. 165-185, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/tamoios.2022.63879>. Acesso em: 23/12/2022.
- BANIWA, G. L. **O Índio Brasileiro: O que Você Precisa Saber sobre Os Povos Indígenas no Brasil Hoje.** Coleção Educação Para Todos. Série Vias dos Saberes, volume 1. Brasília: Ministério de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; Rio, 2006.
- BANIWA, G. L. Movimentos e políticas indígenas no Movimentos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo Brasil contemporâneo. **Escritos Indígenas**, Tellus, ano 7, n. 12, p. 127-146, abr. 2007 Campo Grande – MS.
- BARBOSA, J. M. A.; FAGUNDES, M. G. B. Uma revoada de pássaros: o protagonismo indígena no processo Constituinte. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS**, v. 10n n. 20, julho-dezembro de 2018.
- BARTOLOMÉ, M. A. As Etnogênese: Velhos atores e novos papéis no cenário cultural e político. **MANA**, v. 12, n. 1, p. 39-68, 2006.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. 6 ed. São Paulo. Cortez, 2015.

BICALHO, P. S. S. **Protagonismo Indígena no Brasil: Movimento, Cidadania e Direitos (1970-2009)**. Tese (Doutorado) Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de História, 2010.

BICALHO, P. Resistir era preciso: O Decreto de Emancipação de 1978, os povos indígenas e a sociedade civil no Brasil. **Topoi (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 40, p. 136-156, jan./abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999**. Lei Arouca. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS.

BRASIL. **Legislação: CF; Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004**. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012**. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 abr. 2012.

BRAVO, M. I. Desafios atuais do controle social no sistema único de saúde (SUS). **Revista Serviço Social e Sociedade**. Edição 88. Ano XXVI. Nov. 2006.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

BRITO, C. A. G.; TRINDADE, N. L. Medicina e antropologia: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942 -1956). Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. **Ciências Humanas**, v. 8, n. 1, p. 95-112, jan.-abr. 2014.

BRITO, C. A. G. **A história da saúde indígena no Brasil e os desafios da pandemia de Covid-19**. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz, 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007. www.agencia.fiocruz.br. Acesso em 15 janeiro de 2023.

BUZATTO, C. C. **Um país na mão de violentos**. RELATÓRIO – Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2017. Conselho Indigenista Missionário - Cimi. 2018.

CARTA CAPITAL, Quase 100 crianças yanomami morreram em 2022, segundo Ministério dos Povos Indígenas. **Carta Capital**. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cartaexpressa/quase-100-criancas-yanomami-morreram-em-2022-segundo-ministerio-dos-povos-indigenas/>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CASTELLS, M. **O poder da identidade. A era da Informação**: Economia, Sociedade e Cultura. 2.ed. São Paulo: paz e terra, p. 18, 1999.

CFESS. **Caderno 3**. Brasília: CFESS, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno03-Racismo-Site.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2023.

CFESS. CFESS Manifesta: **Dia da luta indígena**. Conselho Federal de Serviço Social. Gestão Tempo de Luta e Resistência. Brasília, 19 abr. 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 02 jan. 2023.

CICONELLO, A. A Participação Social como processo de consolidação da democracia no Brasil. **From Poverty to Power**, 2008. Disponível em: www.fp2p.org. Acesso em: 30 mai. 2023.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas**. Dados de 2018.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas**. Dados de 2019.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas**. Dados de 2020.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas**. Dados de 2021.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Movimento e organizações indígenas no Brasil**, 2008.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Povos Indígenas, Direitos Humanos e Governo FHC**. Disponível em: <https://cimi.org.br/2004/09/22174>. Acesso em: 22 dez. 2022.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Em meio à pandemia, invasões de terras e assassinatos de indígenas aumentaram em 2020**. Disponível em <https://cimi.org.br/2021/10/relatorioviolencia2020/>. Acesso em: 21 dez. 2022.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Dia Internacional da Mulher**: A memória e a luta de Maninha Xucuru Kariri; guerreira, intelectual e feminista. Disponível em

<https://cimi.org.br/2018/03/dia-internacional-da-mulher-a-memoria-e-a-luta-de-maninha-xukuru-kariri-guerreira-intelectual-e-feminista>. Acesso em: 30 jan. 2023.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**. Publicação do Conselho Indigenista Missionário – CIMI, 2013.

COIMBRA, JR. C. E. A.; SANTOS, R. V. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.

COIMBRA J. R. C. E. A.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Processo saúde–doença. *In*: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. (Orgs.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena** [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 47-74.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Tese (doutorado) Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2005.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

CORREIA, M. V. C. "Controle social e defesa do SUS na pandemia". *In*: **Serviço Social DROPS: Saúde Pública e Defesa do SUS**. Informativo Serviço Social UFRGS, N. 16 março de 2021. Páginas 05, 06 e 07.

CORREIA, M. V. C. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 22, n. 43, p. 72-89, jan./jun. 2022. |ISSN 2238-1856.

CORREIA, M. V. C.; ALVES, P. K. L. **Determinação Social da saúde e enfrentamento da covid-19: o lucro acima da vida / Aruã Silva de Lima, Maria Valéria Costa Correia (Orgs.)**. Maceió, AL: EDUFAL, 2021. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

CORREIA, M. V. O SENTIDO HISTÓRICO DA PANDEMIA DE COVID-19: defesa da vida, saúde pública e nova hegemonia. **Revista De Políticas Públicas**, 26. (Especial), 103–123. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v26nEp103-123>. Acesso em: 3 mar. 2023.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de**

saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.

COUTINHO, C. N. **Gramsci:** um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CUNHA, M. C. Política Indigenista no Século XIX. *In:* CUNHA, M. C. (Org.). **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Cia das Letras, 1992.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **6ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/6cnsi>. Acesso em: 13 fev. 2022.

FERREIRA, L. O. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. *In:* **Saúde indígena:** políticas comparadas na América Latina. Capítulo 8. 2015.

FERREIRA, L. B. **O controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena:** Uma reflexão bioética. UNB. Brasília, 2012.

FIGUEIREDO C. J. **Relatório Figueiredo relativo à Portaria nº 239 de 1967**. Brasília: Mim. 1968.

FONTES, V. **Brasil e o capital imperialismo:** teoria e história. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GARNELO, L. **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. / Luiza Garnele; Ana Lúcia Pontes (Orgs.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, M. P. **Os índios e o Brasil:** passado, presente e futuro. São Paulo: Contexto, 2012.

GOHN, M. G. “Empoderamento e Participação da Comunidade em Políticas Sociais”. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio-agosto de 2004.

GOHN, M. G. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, set./dez. 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 216p.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010:** primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: Acesso em 19 de abril de 2022.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos Indígenas. Quem são?** Disponível em: Acesso em: 20 março de 2022.

IPES. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. **Boletim n. 3/2023**. Monitoramento do Orçamento da Saúde Indígena. Disponível em <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/02/boletim-3-monitoramento-orcamento-saude-indigena-ieps.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2023.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *In*: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 213-239.

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

LAURELL, A. C. A saúde doença como processo social. **Revista Latino-americana de Salud**, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

LIMA, N. T.; NETO, G. F. “Democracia é saúde”: direitos, compromissos e atualização do projeto da saúde coletiva”. **Cad. Saúde Pública**, 2018.

LIMA, A. C. S. Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI. **MANA**, v. 21, n. 2, p. 425-457, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p425>. Acesso em: 21 dez. 2022.

MARTINS, A. A Amazônia nas mãos do agronegócio e do garimpo. **Unisinos**, 2020. Disponível em: www.ihu.unisinos.br/78-noticias/602691-a-amazonia-nas-maos-do-agronegocio-e-do-garimpo. Acesso em: 30 abr. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DECLARAÇÃO ALMA-ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS**. Data da Publicação: 06 fev. 2002.

MOTA, C. N. **Os Filhos de Jurema na Floresta dos Espíritos: ritual e cura entre dois grupos indígenas do Nordeste brasileiro**. Clarice Novaes da Mota; tradutores: Clarice Novaes da Mota, Marcelo Rangel - Maceió: EDUFAL, 2007. 273 p.- (Índios do Nordeste: temas e problemas; v.9).

MOTA, S. E. C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Indígena da Bahia. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.1, p.11-25, 2018.

MUNDURUKU, DI. **O caráter educativo do movimento indígena brasileiro (1970- 1990)**. São Paulo: Paulinas, 2012.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.

NETTO, J. P. **Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985)**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

NEVES, P. S. C. Luta Antirracista: entre reconhecimento e redistribuição. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 81- 96, 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/2Dpf4yT>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

OLIVEIRA, J. P. **Uma etnologia dos “índios misturados”?** Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. Conferência realizada no concurso para professor-titular da disciplina Etnologia, Museu Nacional/UFRJ, Rio de Janeiro, 11 de novembro de 1997.

OLIVEIRA, J. P. (Org.). **A viagem de volta: etnicidade, política e reelaboração cultural do Nordeste indígena**. 2ª edição. Contra capa. Livraria LACED, 2004.

OLIVEIRA, P. C. **Gestão Territorial Indígena: estudo comparado da legislação indigenista do Brasil, Colômbia, Equador e Panamá**. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2006.

OLIVEIRA, J. P. Regime tutelar e globalização: um exercício de sócio gênese dos atuais movimentos indígenas no Brasil. *In*: REIS, D. A.; MATTOS, H.; OLIVEIRA, J. P.; MORAES, L. E. S.; RIDENTI, M. **Tradições e Modernidades**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010.

OLIVEIRA, M. R. D. Necroterritórios: territorialização e desterritorialização dos povos indígenas como estratégias necropolíticas. **Revista Interdisciplinar**, v. 15, n. 24, Jun, 2021, p. 103-122. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v15i24.10051>. Acesso em: 21 abr. 2023.

ORTOLAN, M. H. M. **Rumos do Movimento Indígena no Brasil Contemporâneo: Experiências Exemplares no Vale do Javari**. Campinas, SP, 2006.

PASSOS, D. S.; BENATTI, G. S. S. Desenvolvimento e territórios indígenas na Amazônia brasileira no período ditatorial. **Revista NERA**, v. 23, n. 54, p. 212- 232, dossiê, 2020.

PEDRANA, L. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 42, 2018.

PIB. Povos Indígenas do Brasil. **Declaração da ONU sobre direitos os povos indígenas**. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Declara%C3%A7%C3%A3o_da_ONU_sobre_direitos_dos_povos_ind%C3%ADgenas. Acesso em: 18 dez. 2022.

PONTES, A. L. M.; MACHADO, F. R. S.; SANTOS, R. V. Contexto e atores no cenário da (In) Visibilidade da saúde indígena. *In*: **Políticas Antes da Política de Saúde Indígena**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021, p. 35-167. Saúde dos povos indígenas collection.

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

RAICHELIS, R. **Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a Ser Enfrentado pela Sociedade Civil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2000.

REIS, M. A QUESTÃO DAS TERRAS INDÍGENAS E OS GOVERNOS BRASILEIROS DO SÉCULO XXI. **Revista de estudos anarquistas e decoloniais**. UFRJ - v. 01, n. 01/ 1º semestre de 2021.

RELATÓRIO DA COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE. Texto 5. **Violações de direitos humanos dos povos indígenas**. Volume II p. 203-261. 2014.

REVISTA PESQUISA. Vulnerabilidade Histórica. **Fapesp**.
<https://revistapesquisa.fapesp.br/vulnerabilidade-historica>. 2022. Acesso em: 09 fev. 2023.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno**. 7.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SARTORI, D. J.; LEIVAS, P. G. C. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. **Rev. Direito e Práxis**., Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 86-117, 2017.

SECCHI, D. Autonomia e Protagonismo Indígena nas Políticas Públicas. *In*: JANUÁRIO, Elias; SELLERI, Fernando Silva. KARIN, Taisir Mahmudo (Orgs.) **Cadernos de Educação Escolar Indígena - PROESI**. Barra do Bugres: Ed. UNEMAT - Universidade do Estado do Mato Grosso, v. 5, n. 1, 2007.

SILVA, C. B. M. **“Vai-te para onde não canta o galo, e boi não urra ...” diagnóstico, tratamento e cura entre os Kariri-Xocó (AL)**. 2003. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

SILVA, A. H. **Serra dos Perigosos: guerrilha e índio no sertão alagoano**. Maceió. EDUFAL, 2007.

SILVA, K. J. **SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: Uma avaliação da saúde do trabalhador e trabalhadora a partir dos sistemas de informações**. UFCG–CCLHA/UFPB – 2016.

SILVA, E. Índios no semiárido nordestino: (re) conhecendo sociodiversidade. **CLIO: Revista de pesquisa Histórica**, v. 1, n. 35.1, p. 254-272, 2017.

SILVA, E. C. A. Povos indígenas e o direito à terra na realidade brasileira. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 480-500, set./dez. 2018.

SILVA, E. C. A. **INDÍGENAS PANKARARU NO SERTÃO DE PERNAMBUCO: vida, deslocamentos e trabalho**. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.

SILVA, M. I. C. **Índios e Pandemia**: “Até o Ouricuri tem que esperar!”. Amaro Hélio Leite da Silva, Luiz Sávio de Almeida (Orgs.). Coleção Índios do Nordeste: Temas e problemas. Maceió – 2021. Volume XX

SILVA, A. K. A.; CASTELLS, M. o poder da identidade. Tradução Klauss Brandini Gerhardt. 2.ed. São Paulo: paz e terra, 2000. 530p. (a era da informação: economia, sociedade e cultura, 2). **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 11 n.2 2001, n. 2, 2001. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/91261>. Acesso em: 29 dez. 2022.

SIMIONATTO, I. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Rev. Katál.** Florianópolis, v. 12 n. 1 p. 41-49 jan./jun. 2009.

SOUZA, F. V. L. CONTEXTUALIZANDO O GOLPE DE 2016 E SEU IMPACTO NAS POLÍTICAS SOCIAIS. **VI Seminário CETRUS. CRISE e MUNDO do TRABALHO no BRASIL desafios para a classe trabalhadora.** UECE, 2018.

TEIXEIRA; C. C.; SIMAS D. H.; COSTA, N. M. A. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.

TEIXEIRA, S. M. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Revista Katálisis.** Florianópolis, v. 10 n. 2 p. 154-163 jul./dez., 2017.

APÊNDICES

Apêndice A - Quadro 01 - Dados populacionais do DSEI AL/SE .

UF	MUNICÍPIO	TERRAS INDÍGENAS	ETNIA	POPULAÇÃO
AL	Água Branca	Januária	Kalankó	347
		Lajedo Do Couro		
		Sítio Gregório		
AL	Feira Grande	Tingui Botó	Tingui Botó	364
		Olho D'água Do Meio		
AL	Inhapi	Baixa Do Galo	Koiupanká	587
		Baixa Fresca		
		Roçado		
AL	Joaquim Gomes	Cocal	Wassu	1944
AL	Palmeira Dos Índios	Fazenda Canto	Xucuru Kariri	1748
		Boqueirão		
		Mata Da Cafurna		
		Cafurna De Baixo		
		Serra Do Capela		
		Serra Do Amaro		
		Coité		
		Riacho Fundo		
		Monte Alegre		
		Jarra		
AL	Pariconha	Ouricuri	Geripankó	3719
		Figueiredo		
		Moxotó		
		Serra Do Engenho		
		Aratikun		
		Alto Do Pariconha	Katokinn	
		Tanque	Karuazu	
		Campinhos		
AL	Porto Real Do Colégio	Kariri Xocó	Kariri Xocó	2416
AL	São Sebastião	Terra Nova	Karapotó	1174
		Plaki-Ô		
AL	Traipu	Aconã	Aconã	72
SE	Porto Da Folha	Ilha De São Pedro	Xocó	370

SE	Pacatuba	Fulkaxó	Fulkaxó	250
----	----------	---------	---------	-----

Fonte: Cartografia DSEI (2021).

Apêndice B - Quadro 2 - UBSI/Polo base – DSEI AL/SE.

UF	MUNICÍPIO REFERÊNCIA	TERRAS INDÍGENAS	ALDEIA	UBSI/TIPO	CONS. ODONTOL.	POP. ATENDIDA	POLO BASE
AL	Traipú	Aconã	Aconã	TIPO II	X	70	
AL	Pariconha	Ouricuri Figueiredo Moxotó Serra do Engenho Araticum	Geripankó	TIPO III	X	1748	
AL	Porto Real do Colégio	Kariri Xokó Fulkaxó	Kariri Xocó	TIPO III	X	2493	
AL	Água Branca	Januária Lajedo do Couro Sítio Gregório	Kalankó	TIPO II	X	349	
AL	Pariconha	Tanque Campinhos	Karuazu	TIPO III	X	949	
AL	Pariconha	Alto do Pariconha	Katokinn	TIPO III	X	1361	
AL	Inhapi	Baixa do Galo Baixa fresca Roçado	Koiupanká	TIPO III	X	600	
AL	São Sebastião	Terra Nova	Karapotó	TIPO III	X	901	
AL	São Sebastião	Plaki-ô	Karapotó	TIPO II	X	318	
AL	Feira Grande	Tinguf Botó Olha D'água do Meio	Tingui Botó	TIPO II	X	388	
AL	Joaquim Gomes	Cocal	Wassu Cocal	TIPO III	X	2003	
AL	Palmeira dos Índios	Fazenda canto Boqueirão Mata da Cafurna Cafurna de Baixo Serra do Capela Serra do Amaro Coité Riacho Fundo Monte Alegre Jarra	Xucuru Kariri		X	1821	POLO BASE
SE	Porto da Folha	Ilha de São Pedro	Xokó	TIPO II	X	395	

Fonte: DSEI AL/SE (2021).

Apêndice C - Quadro 3 - Descrição detalhada das emsi que compõe as UBSI/ Polo base – DSEI AL/SE.

UBSI	QTD EMSI	PROFISSIONAIS	POP ATENDIDA	ALDEIA ATENDIDA	DOMICÍLIOS ATENDIDOS
ACONÃ	1	Médico da Saúde indígena 20 hs	70	Aconã	27
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	1	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	1	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	1	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
GERIPANKÓ	1	Médico da Saúde indígena 20 hs	1748	Ouricuri Figueiredo Moxotó Serra do Engenho Araticum	439
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	3	Agente Indígena de Saneamento 40 hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	3	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	6	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	3	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Farmacêutico 40 hs			
	1	Psicólogo 20 hs			
	1	Assistente Social 15hs			
	KALANKÓ	1			
1		Cirurgião dentista 20hs			
1		Agente Indígena de Saneamento 40hs			
1		Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
1		Téc. De Enfermagem 40 hs			
2		Agente Indígena de Saúde 40hs			
1		Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
KARAPOTÓ- PLAKI-Ô	1	Médico da Saúde indígena 20 hs	318	Plaki-ô	150
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	1	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	1	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	1	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Psicólogo 16hs			

KARAPOTÓ TERRA NOVA	1	Médico da Saúde indígena 20 hs	901	Terra Nova	217
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	1	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	3	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	2	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Psicólogo 16hs			
KARIRI XOCÓ	2	Médico da Saúde indígena 20 hs + 40 hs	2493	Kariri Xokó Fulkaxó	870
	2	Cirurgião dentista 20 hs + 40 hs			
	2	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	3	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	6	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	3	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Farmacêutico 40 hs			
	1	Psicólogo 40hs			
	1	Assistente Social 30hs			
KARUAZU	1	Médico da Saúde indígena 40hs	949	Tanque Campinhos	280
	1	Cirurgião dentista 40 hs			
	2	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	2	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	4	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Farmacêutico 20 hs			
	1	Psicólogo 10hs			
	1	Assistente Social 15hs			
KATOKINN	1	Médico da Saúde indígena 40hs	1361	Alto do Pariconha	413
	1	Cirurgião dentista 40 hs			
	1	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	2	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	4	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Farmacêutico 20 hs			
	1	Psicólogo 10hs			

	1	Téc de Edificações de Saúde Indígena 40hs			
KOIUPANKÁ	1	Médico da Saúde indígena 40 hs	600	Baixa do Galo Baixa fresca Roçado	220
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	2	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	2	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	3	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
TINGUI BOTÓ	1	Médico da Saúde indígena 20 hs	388	Tingui Botó Olha D'água do Meio	136
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	2	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	3	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	2	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
WASSU COCAL	1	Médico da Saúde indígena 40hs	2003	Cocal	633
	1	Cirurgião dentista 40 hs			
	4	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	2	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	8	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	3	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Farmacêutico 40 hs			
	1	Psicólogo 40hs			
	1	Assistente Social 30hs			
XOCÓ	1	Médico da Saúde indígena 20 hs	395	Ilha de São Pedro	140
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	2	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	2	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	1	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	1	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
POLO BASE XUCURU KARIRI EQUIPE I	1	Médico da Saúde indígena 40hs	1084	Fazenda Canto Cafuma de Baixo Serra do Capela	462
	1	Cirurgião dentista 40 hs			
	6	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Téc de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	4	Téc. De Enfermagem 40 hs			

	8	Agente Indígena de Saúde 40hs		Riacho Fundo	
	2	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Farmacêutico 20 hs			
	1	Psicólogo 20 hs			
	1	Assistente Social 15hs			
	1	Téc Eletrotécnico I de Saúde Indígena 40 hs			
POLO BASE XUCURU KARIRI EQUIPE II	1	Médico da Saúde indígena 40hs	698	Boqueirão Mata da Cafurna Serra do Amaro Coité	312
	1	Cirurgião dentista 20hs			
	4	Agente Indígena de Saneamento 40hs			
	1	Auxiliar de Saúde Bucal Indígena 40hs			
	3	Téc. De Enfermagem 40 hs			
	5	Agente Indígena de Saúde 40hs			
	2	Enfermeiro da Saúde indígena 40hs			
	1	Farmacêutico 20 hs			
	1	Psicólogo 20 hs			
	1	Assistente Social 15hs			

Fonte: DSEI AL/SE (2021).

Apêndice D - Quadro 4 - Referências de exames laboratoriais por Polo Base/UBSI.

TIPO DE EXAMES	POLO BASE/UBSI	ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO
Exames de patologia clínica e histopatológicos	Polo Base Xukuru-Kariri	Lab. de análises clínicas Dr Veronilde T de Albuquerque	Palmeira dos Índios
Exames de patologia clínica	Polo Base Xukuru-Kariri	Labmendes	Palmeira dos Índios
Exames de patologia clínica para gestantes	Polo Base Xukuru-Kariri	Future	Palmeira dos Índios
Exames Oftalmológicos	Polo Base Xukuru-Kariri	Pro visão	Palmeira dos Índios
USG	Polo Base Xukuru-Kariri	Sonograph clínica	Palmeira dos Índios
Endoscopia e Mamografia	Polo Base Xukuru-Kariri	Clinica analise saúde	Palmeira dos Índios
Ecocardiograma e Eletrocardiograma	Polo Base Xukuru-Kariri	Salute Diagnóstico	Palmeira dos Índios
Serviço de diagnóstico por imagem RX	Polo Base Xukuru-Kariri	Ceo de Palmeira dos Índios	Palmeira dos Índios
Serviço de diagnóstico por imagem Ultrassonografia, Endoscopia, e Eletrocardiograma	Polo Base Xukuru-Kariri	Cespi Centro de Especialidades Palmeira dos Índios Pref. Albérico Cordeiro	Palmeira dos Índios
Serviço de diagnóstico por anatomia, patologia e/ou citopato; diagnóstico de laboratório clínico; endoscopia; diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos; diagnóstico por imagem.	Polo Base Xukuru-Kariri	Hospital Regional Santa Rita e Maternidade Santa Olímpia	Palmeira dos Índios
Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos; diagnóstico por imagem	UBSI Kariri Xocó	Centro de Saúde Maria Laura Otto Kummer Souza	Porto Real do Colégio
Exames de patologia clínica e histopatológicos	UBSI Kariri Xocó	Labvida	Penedo
Serviço de diagnóstico de laboratório clínico	UBSI Kariri Xocó	Laboratório lacma	Arapiraca
Serviço de diagnóstico por imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada, radiologia, mamografia); serviço de endoscopia.	UBSI Kariri Xocó	Ultramed Clínica Medica e Diagnóstico por Imagem Ltda	Arapiraca
Serviço de diagnóstico de laboratório clínico (exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica, sorologia e imunológicos, triagem neonatal, microbiológicos, imunoematológicos, hormonais).	UBSI Kariri Xocó	Ambulatório de Especialidades Médicas da Uncisal Ambesp	Maceió
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato; diagnóstico de laboratório clínico, endoscopia, diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos; serviço de diagnóstico por imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada, radiologia, mamografia); serviço de endoscopia.	UBSI Kariri Xocó	Santa Casa de Misericórdia de Penedo	Penedo
Serviço de diagnóstico por imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, radiologia e mamografia).	UBSI Kariri Xocó	Nova Imagem	Maceió
Citologia / Eletrocardiograma USG / Exames Laboratoriais	UBSI Wassu Cocal	Unidade Mista Ana Anita fragoso	Joaquim Gomes

USG / RX / Exames Laboratoriais	UBSI Wassu Cocal	Hospital Sanatório	Maceió
Exames sorológicos e imunológicos; Exames microbiológicos	UBSI Wassu Cocal	La clínica	Maceió
Serviço de diagnóstico por imagem, diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatológico, diagnóstico de laboratório clínico.	UBSI Wassu Cocal	Hospital Universitário	Maceió
Serviço de diagnóstico clínico, diagnóstico por imagem, diagnóstico por anatomia patológica e/ou cito patológico e serviço de endoscopia	UBSI Geripankó, Katokinn, Karuazu, Kalankó e Koiupanká	Uniclínicas	Delmiro Gouveia
Serviço de diagnóstico de laboratório clínico, diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato e diagnóstico por imagem	UBSI Geripankó, Katokinn, Karuazu, Kalankó e Koiupanká	Clínica de Saúde São Lucas	Delmiro Gouveia
Serviço de diagnóstico de laboratório clínico, diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato, exames imunohematológicos, exames hormonais, exame eletrocardiográfico, exame endoscopia	UBSI Geripankó, Katokinn, Karuazu, Kalankó e Koiupanká	Hospital Regional Dr Clodoaldo Rodrigues de Melo	Santana do Ipanema
Serviço de diagnóstico de laboratório clínico e diagnóstico por anatomia patológica e/ou Citopatologia	UBSI Geripankó, Katokinn, Karuazu, Kalankó e Koiupanká	Laboratório de análises clínicas Kelly Bezerra	Mata Grande
Serviço de diagnóstico de laboratório clínico e serviço de diagnóstico por imagem	UBSI Geripankó, Katokinn, Karuazu, Kalankó e Koiupanká	Unidade Mista Dr Antenor Serpa	Delmiro Gouveia
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato, diagnóstico por imagem	UBSI Geripankó, Katokinn, Karuazu, Kalankó e Koiupanká	Hospital Chama	Arapiraca
Mamografia, USG, RX, Eletrocardiograma/ Ecocardiograma e Exames Laboratoriais	UBSI Aconã, Karapotó Plaki-ô Karapotó Terra Nova	Ultra Med	Arapiraca
USG / Ultrassonografia	UBSI Aconã, Karapotó Plaki-ô Karapotó Terra Nova	Instituto da Mulher do Agreste — IMACRE	Arapiraca
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato; diagnóstico de laboratório clínico.	UBSI Aconã, Karapotó Plaki-ô Karapotó Terra Nova	Laboratório Municipal de São Sebastião	São Sebastião
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato, diagnóstico por imagem	UBSI Aconã, Karapotó Plaki-ô Karapotó Terra Nova	Hospital Chama	Arapiraca

Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato; diagnóstico de laboratório clínico; endoscopia diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos; serviço de diagnóstico por imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada, radiologia, mamografia); serviço de endoscopia	UBSI Aconã, Karapotó Plaki-ô Karapotó Terra Nova	Santa Casa de Misericórdia de Penedo	Penedo
Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos; diagnóstico por imagem; diagnóstico de laboratório clínico; diagnóstico anatomia patológica e/ou citopato	UBSI Xocó	Hospital Universitário de Sergipe - HUSE	Aracaju/SE
Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos; diagnóstico por imagem; diagnóstico de laboratório clínico; diagnóstico anatomia patológica e/ou citopato,	UBSI Xocó	Hospital Regional Gov. João Alves Filho	Nossa Senhora da Glória /SE

Fonte: DSEI AL/SE (2021).

Apêndice E - Quadro 5 - Especialidades médicas por Polo Base/UBSI.

POLO BASE	ESPECIALIDADES	ESTABELECEMENTOS	MUNICÍPIO/ESTADO
POLO BASE XUCURU KARIRI	Equipe multidisciplinar especializada em dependência química	Caps AD Espaço Renascer	Palmeira dos Índios-AL
	Serviço de controle de tabagismo e atenção psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial CAPS	Palmeira dos Índios-AL
	Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapeuta Ocupacional, Serviço Social	Centro de Reabilitação para Deficiente Físico	Palmeira dos Índios-AL
	Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapeuta Ocupacional, Serviço Social, Neuropediatria, Equoterapia e Hidroterapia	APAE –Palmeira dos Índios	Palmeira dos Índios-AL
	Tratamento de pacientes com câncer	Hospital Chama	Arapiraca-AL
	Atendimento Odontológico Especializado e RX	Centro Especializado de Odontologia –CEO	Palmeira dos Índios-AL
	Cirurgião Otorrinolaringologista e Cirurgião Pediátrico	Santa Casa de Misericórdia (Poço)	Maceió-AL
UBSI KARIRI XOCÓ		Centro de Saúde Maria Otto Kummer Souza	Porto Real do Colégio-AL
	Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS São Francisco	Porto Real do Colégio-AL
	Tratamento Multidisciplinar para Reabilitação	ACRESC Centro de Reabilitação e Equoterapia Santa Clara	Penedo-AL
	Clínica médica, cirúrgica, ortopedia, otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Angiologia, Vascular, Urologia, Cardiologia, Neurologia, Bucomaxilofacial, Ultrassonografia, Fisioterapia, Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia	Santa Casa de Misericórdia de Penedo	Penedo-AL
	Tratamento Multidisciplinar para Reabilitação	AAPPE	Penedo-AL
	Hemodiálise	Hospital Afra Barbosa	Arapiraca-AL
	Consultas Oftalmológicas em geral	Oculare	Maceió-AL
UBSI	Psiquiatria, Ginecologia, Pediatria, Oftalmologia, Cardiologia	Hospital Ana Anita Rita G. Fragoso	Joaquim Gomes-AL
	Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I José Ângelo da Silva	Joaquim Gomes-AL
	Atendimento Odontológico Especializado e RX	Centro de Especialidades Odontológicas Enf. Júlia Araújo Pessoa	Joaquim Gomes-AL

WASSU COCAL	Cirurgião Geral	Sanatório Hospital Geral	Macei-la
	Tratamento Multidisciplinar para Reabilitação	PESTALOZZI	Maceió-AL
	Tratamento Multidisciplinar para Reabilitação	ADEFAL	Maceió-AL
	Todas Especialidades	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	Maceió-AL
	Infectologia e Dermatologia Sanitária	Hospital Escola Dr Helvio Auto	Maceió-AL
	Ortopedia adulto e pediátrica, Otorrinolaringologista, Oftalmologista adulto, Neurologista, Fonoaudiologia	CER II PAM Salgadinho	Maceió-AL
UBSI GERIPANKÓ	Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral	Hospital Antenor Serpa	Delmiro Gouveia-AL
UBSI KATOKINN	Especialidades em Geral	Unidade Dra. Quitéria Bezerra de Melo	Água Branca-AL
UBSI KARUAZU	Ortopedista, Urologista, Proctologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Buco Maxilo, Ginecologista	Hospital Regional Dr Clodolfo Rodrigues de Melo	Santana do Ipanema-AL
UBSI KALANKÓ	Ortopedista e Oncologia	Hospital Chama	Arapiraca-AL
	Ginecologista, Cardiologista pediátrico, Mastologista, Reumatologista, Proctologista, Otorrinolaringologista	Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira	Maceió-AL
	Alergista e Pneumologista	Clínica Infantil de Maceió	Maceió-AL
	Pediatria	Hospital da Polícia Militar	Maceió-AL
	Acompanhamento de pacientes de Saúde Mental	CAPS Joyce de Mille	Joaquim Gomes-AL
	Pedagogo, Assistente Social, Psicólogo e Atendimento Psicossocial	CAPS Municipal de Igreja Nova	Igreja Nova-AL
	Cardiologia, Fisioterapia e Psicologia	Centro de Saúde Júlia Ferreira	Pariconha-AL
UBSI KARAPOTÓ TERRA NOVA	Especialidades em Geral	Hospital Regional de Arapiraca	Arapiraca-AL
UBSI KARAPOTÓ PLAKI-Ô	Especialidades Odontológicas	Centro de Especialidades em Odontologia – CEO	São Sebastião-AL
UBSI TINGUI BOTÓ	Cirurgia geral, Pediatria, Ortopedia, Psicologia, Nutricionista	Unidade de Saúde da Família Cruzeiro	São Sebastião-AL

UBSI ACONÃ	Tratamento Multidisciplinar para Reabilitação	Associação Pestalozzi de Arapiraca	Arapiraca-AL
	Tratamento Multidisciplinar para Reabilitação	Complexo Multidisciplinar de Equoterapia Tarcisio Freire	Arapiraca-AL
	Oftalmologista e Ortopedista	Hospital Chama	Arapiraca-AL
	Ortopedista e Angiologista	Hospital Santa Inês	Coruripe-AL
	Ortopedista, Clínico Geral e Fisioterapia	Pronto Trauma	Arapiraca-AL
	Oftalmologista e Otorrinolaringologista	Centro da Visão e Audição	Arapiraca-AL
UBSI XOCÓ	Diversas Especialidades Médicas	Hospital Universitário de Sergipe HUSE	Aracaju- SE
	Cardiologia e Fisioterapia	Clínica alto Sertão	Nossa Senhora da Glória -SE
	Atendimento Psicossocial	CAPS Cícero Romão	Porto da folha - SE
	Diversas Esp. Médicas	Unid. Mista Dr Djalma Gonçalves dos Anjos	Pão de Açúcar - Al

Fonte: DSEI AL/SE (2021).

Apêndice F - Quadro 6 - Parto de risco habitual e alto risco.

POLO BASE UBSI	NOME DO ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO
POLO BASE XUCURU KARIRI	Hospital Regional Santa Rita e Maternidade Santa Olímpia (risco habitual).	Palmeira dos índios
	Maternidade Santa Mônica (ALTO RISCO)	Maceió
UBSI KARIRI XOCÓ	Santa Casa de Misericórdia de Penedo (RISCO HABITUAL)	Penedo
	Maternidade Escola Santa Mônica (ALTO RISCO)	Maceió
UBSI WASSU COCAL	Hospital São Vicente de Paula (RISCO HABITUAL)	União dos Palmares
	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (ALTO RISCO)	Maceió
UBSI TINGUI BOTO; ACONÃ, KARAPOTÓ TERRA NOVA, KARAPOTÓ PLAKI Ô	Casa de Saúde e Maternidade Nossa Sra. de Fátima (RISCO HABITUAL)	Maceió
	Santa Casa de Misericórdia de Penedo (RISCO HABITUAL)	Penedo
	Hospital Regional de Arapiraca (ALTO RISCO)	Arapiraca
UBSI KARUAZU, KATOKINN, JERIPANKO, KOIUPANKÁ	Hospital e maternidade Dr Antenor Serpa (RISCO HABITUAL)	Delmiro Gouveia
	Hospital Regional Dr Clodoaldo Rodrigues de Melo (ALTO RISCO)	Santana do Ipanema
UBSI XOCÓ	Hospital Regional Gov. João Alves Filho (RISCO HABITUAL)	Aracaju/SE
	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (ALTO RISCO)	Aracaju / SE
UBSI XOCÓ	Hospital Regional Dr Clodoaldo Rodrigues de Melo (RISCO HABITUAL E ALTO RISCO)	Santana do Ipanema

Fonte: DSEI AL/SE (2021).

Apêndice G - Quadro 7 - Descrição de estabelecimento de referência para urgência e emergência por Polo Base/UBSI.

POLO BASE	NOME DO ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO
XUCURU KARIRI	UPA Palmeira Dos Índios	Palmeira dos Índios
	Hospital Regional Santa Rita	Palmeira dos Índios
	Hospital Regional de Arapiraca	Arapiraca
	Hospital Chama	Arapiraca
	Hospital Memorial Djacy Barbosa	Arapiraca
KARIRI XOCÓ	UPA II Antônio de Jesus	Penedo
	Santa Casa de Misericórdia de Penedo	Penedo
	Hospital Geral do Estado Dr Osvaldo Brandao Vilela	Maceió
	Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda	Coruripe
	UPA tipo 3 Nova 24 horas	Coruripe
TINGUI BOTO	Unidade de Emergência Dr Daniel Houly	Arapiraca
ACONA	Hospital Chama	Arapiraca
KARAPOTÓ TERRA NOVA	Hospital Regional de Arapiraca	Arapiraca
KARAPOTÓ PLAKI0	Hospital Memorial Djaci Barbosa	Arapiraca
KALANKÓ	Hospital Regional Dr Clodoaldo Rodrigues de Melo	Santana do Ipanema
KARUAZU		
KATOKINN	UPA de Delmiro Gouveia	Delmiro Gouveia
GERIPANKO		
KOIUPANKA		
XOCÓ	UPA 24h Dr Francisco Rollemberg	Porto da Folha/SE
	Hospital Regional Gov. João Alves Filho	Nossa Senhora da Glória /SE
WASSU COCAL	Hospital Municipal Ana Anita Gomes Fragoso	Joaquim Gomes
	Hospital São Vicente de Paulo	União dos Palmares

Fonte: DSEI AL/SE (2021).

Apêndice H - Quadro 8 - Descrição detalhada da capacidade, equipe técnica e rede de referência da casa de apoio à saúde indígena.

SEDE	CAPACIDADE HOSPEDAGEM	EQUIPE	ESCALA	CAPAI	REDE DE REFERÊNCIA DA CAPAI	
Maceió	20 pacientes	02 Enfermeiros	40 horas		MUNICIPAL	ESTADUAL
					CEO Henrique Esquema	Hospital Universitário. Prof. Alberto Antunes- HUPAA
	20 acompanhantes	01 Assistente social	30 horas		Hospital Sanatório	Hospital Geral do Estado HGE
					Hospital do Açúcar	Hospital Escola Hélio Auto
		03 Téc de enfermagem	40 horas		Hospital dos olhos Santa Luzia	Hemocentro do Estado de Alagoas - HEMOAL
					Instituto da Visão Social	Maternidade Escola Santa Mônica
		04 Vigilantes	12/24 h		Sociedade Pestalozzi de Maceió	Ambulatório Especialidades da Uncisal
					Ambulatório de especialidades da Faculdade de Medicina do CESMAC	Associação dos Deic. Físicos de Alagoas - ADEFAL
		01 Administrativo	40 horas		Casa do Coraçãozinho	Hosp. Da Polícia Militar de Alagoas
					Santa Casa do Farol	Hospital Geral Dr Bi Gatto Falcão
		01 Serviços gerais	40 horas		Santa Casa de Misericórdia de Maceió	
					Hospital de Cuidados Paliativos Rodrigo Ramalho	
		02 Motoristas	40 horas		Santa Casa de Misericórdia Unidade Poço	
					Hospital Paulo Neto	
					Hospital Vida	
					Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Guia	
					Centro Especializado em Reabilitação -CER III	
					Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais - AAPPE	
					Hospital Portugal Ramalho	
					Hospital Psiquiátrico José Lopes	
					Casa de Saúde Miguel Couto	
					Casa de Saúde e Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano	

Fonte: CAPAI/AL/SE (2021).

Apêndice I - Quadro 9 - Composição do conselho distrital de saúde indígena AL/SE.

USUÁRIOS	TRABALHADORES	GOV/ PRESTADORES
Representante dos Povos Indígenas Aconã	Equipe EMSI Superior	DSEI
Representante dos Povos Indígenas Geripankó	Equipe EMSI Superior	IMIP
Representante dos Povos Indígenas Kariri Xocó	Equipe EMSI Médio	FUNAI
Representante dos Povos Indígenas Kalankó	Equipe EMSI Médio	UFAL
Representante dos Povos Indígenas Karuazu	Agente Indígena de Saúde	COSEMS
Representante dos Povos Indígenas Katokinn	Agente Indígena de Saneamento	SESAU
Representante dos Povos Indígenas Koiupanká		
Representante dos Povos Indígenas Karapotó		
Representante dos Povos Indígenas Tingui Botó		
Representante dos Povos Indígenas Wassu Cocal		
Representante dos Povos Indígenas Xucuru Kariri		
Representante dos Povos Indígenas Xokó		

Fonte: Elaboração própria (2022).