



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



ISABELA VILAIZA ESCOBAR FRANÇA

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA: REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA**

MANAUS – AM

2023

ISABELA VILAIZA ESCOBAR FRANÇA

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA: REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA**

Artigo científico apresentado à disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso II,
como componente curricular obrigatório
para obtenção do título de Graduação em
Enfermagem da Universidade do Estado
do Amazonas – UEA.

Orientador: Prof. M. Sc. Altair Seabra de Farias

MANAUS - AM

2023

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

F814cc Escobar França, Isabela Vilaiza
Controle social na saúde indígena: revisão integrativa
de literatura / Isabela Vilaiza Escobar França. Manaus :
[s.n], 2023.
23 f.: color.; 30 cm.

TCC - Graduação em Enfermagem - Bacharelado -
Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.
Inclui bibliografia
Orientador: Altair Seabra de Farias

1. Controle social. 2. população indígena. 3. saúde
indígena. 4. Brasil. I. Altair Seabra de Farias (Orient.). II.
Universidade do Estado do Amazonas. III. Controle social
na saúde indígena: revisão integrativa de literatura

Elaborado por Jeane Macelino Galves - CRB-11/463

RESUMO

Objetivo: Identificar na produção científica nacional evidências disponíveis sobre o controle social na saúde indígenas, recuperando os artigos científicos das bases de dados indexadas Medline, LILACS e Scielo já publicados sem restrição de tempo. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, que utilizou os descritores controlados: Controle social; população indígena; saúde indígena; Brasil; em português e, *Social Control Policies; Indigenous Peoples; Health of Indigenous Peoples; Brazil*, em inglês.

Resultados: Foram incluídos 14 artigos científicos, sendo 9 (64%) na LILACS, 4 (29%) Medline, e 1 (7%) na Scielo. Destes 7 (50%) artigos científicos foram publicados na língua inglesa e portuguesa, 6 (43%) em inglês, português e espanhol e 1 (7%) em português, publicados em diversos periódicos do Brasil e Estados Unidos. Os estudos ocorreram em todo Brasil, Maranhão, Acre, Curitiba, Santa Catarina, Angra dos Reis e nas regiões norte e nordeste. Houve predomínio de estudos reflexivos 3 (21%) e qualitativo 3 (21%), seguidos do estudo de análise documental 2 (14%), observacional 2 (14%) entre outros delineamentos. **Discussão:** Identificou-se que o modelo de controle social adotado pelo estado brasileiro não abrange a concepção de participação dos povos indígenas. Compreende-se que a presença de apenas alguns representantes indígenas em conselhos não constitui uma prática indígena, e com isso ocorrem manifestações indígenas independentes dos mecanismos oficiais criados pelo estado. **Conclusão:** A presente revisão mostrou que embora seja uma diretriz prevista na Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI), o controle social na saúde indígena ainda encara diversos obstáculos para a sua real concretização, incluindo a participação efetiva dos conselheiros de saúde nas reuniões até a capacitação da equipe multidisciplinar de saúde indígena, não estando preparados para o atendimento das suas especificidades.

Descritores: Controle social; população indígena; saúde indígena; Brasil.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu no Brasil o Estado Democrático de Direito, colocando o bem-estar social como objetivo central da organização política e social do país. A Carta Magna estabelece diversos dispositivos de controle da “sociedade civil organizada” em relação ao Estado, instituindo uma nova compreensão da relação das pessoas com o Estado, com status de cidadania, portadoras de identidade e detentoras de direitos¹.

O controle social tem como definição a efetiva participação da sociedade, não só na fiscalização da aplicação dos recursos públicos como também na formulação e no acompanhamento da implementação de políticas. Um controle social ativo e pulsante permite uma maior participação cidadã, o que contribui para a consolidação da democracia em nosso país².

O Estado brasileiro, no que se refere às políticas públicas, criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com base nos direitos constitucionais que os índios hoje possuem, como instrumento essencial na implantação de uma política de saúde que respeite aos povos indígenas, assegurando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articuladas às concepções, valores e formas próprias de as comunidades indígenas vivenciar a saúde e a doença³.

A 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. Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde

está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999,; que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS⁴.

Apenas com a aprovação desta lei conhecida como Lei Arouca, é que o Subsistema de Saúde Indígena (Sasi), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), é implementado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei)⁵.

A PNASPI tem em uma de suas diretrizes o Controle social, onde a participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais. Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde³.

De acordo com a Lei 9.836/99, que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, garante-se a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde e do controle da sua execução, por meio dos conselhos de saúde indígena, são eles: Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI)⁶.

O Sasi foi conquistado com a proposta de ser diferenciado e respeitar as características culturais dos diversos povos indígenas. A garantia de fóruns de negociação entre indígenas, profissionais da saúde e gestão é importante para permitir o

emergir das necessidades dos povos, suas medicinas e debates quanto a possibilidades e limites de articulação com a biomedicina. Neste sentido, compreender a estrutura formal organizada no âmbito nacional, como estabelecem as leis nº 8.142/1990 e Arouca, e a efetiva configuração de um espaço de participação social dos povos indígenas com a implementação do Sasi a partir de 1999 é fundamental para refletir as possibilidades de construção e implementação de uma política de saúde diferenciada¹.

Diante dessas considerações, este estudo procurou identificar na produção científica nacional as evidências científicas sobre o controle social na saúde indígena no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, método que inclui a análise de pesquisas publicadas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática baseada na evidência científica, possibilitando a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além disso, aponta as lacunas que necessitam ser sanadas com a realização de novas pesquisas⁷.

O referido método de pesquisa possibilita a síntese de múltiplos estudos disponíveis nas bases de dados e infere conclusões gerais sobre o tema de interesse do pesquisador. Para a enfermagem, a revisão integrativa se configura como um valioso método sobretudo para aqueles profissionais que não disponibilizam de tempo para a leitura de um volume elevado de publicações que são indexadas diariamente nas bases de dados. Além disso, essa prática exigiria não somente tempo, mas habilidade para a realização crítica dos estudos individualmente, dificultando o acesso à informação de qualidade aos profissionais, gestores e a comunidade acadêmica em formação⁸.

Para a operacionalização adequada de uma revisão integrativa é necessário seguir 6 etapas: (1) identificação do tema e definição da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, além da busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados e; (6) apresentação da revisão com a síntese do conhecimento⁹.

A pergunta de investigação foi elaborada de acordo com a estratégia PICO (P – população; I – intervenção/área de interesse; Co – contexto). Portanto, considerou-se a seguinte estrutura: P= Conselheiros de saúde; I= controle social; Co: no contexto brasileiro. Desse modo, a pergunta da presente revisão foi assim definida: Quais as evidências científicas disponíveis sobre o controle social da Saúde Indígena no Brasil?

Para buscar a produção científica brasileira sobre o tema, definimos os descritores controlados do banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Controle social, População indígena, Saúde Indígena, Brasil. No vocabulário controlado *Medical Subject Headings* (MeSH) definiu-se os termos: *Social Control Policies; Indigenous Peoples; Health of Indigenous Peoples; Brazil*.

Os descritores em língua portuguesa foram utilizados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e os termos em língua inglesa na Pubmed/Medline e Scopus. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2023, considerando os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos sobre Controle social na Saúde Indígena no Brasil; publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; disponíveis na íntegra. Foram excluídos do estudo, os artigos científicos duplicados, anais de eventos científicos, teses e dissertações. Os dados coletados, foram organizados em 2 quadros sinópticos (Quadros I e II).

RESULTADOS

A presente revisão integrativa incluiu 14 artigos científicos que abordam o controle social na saúde indígena. A produção científica foi publicada em português, inglês e espanhol; nas bases de dados eletrônicas, em sua maioria, 9 (64%) na Lilacs, 4 (29%) Medline, e 1 (7%) na Scielo.

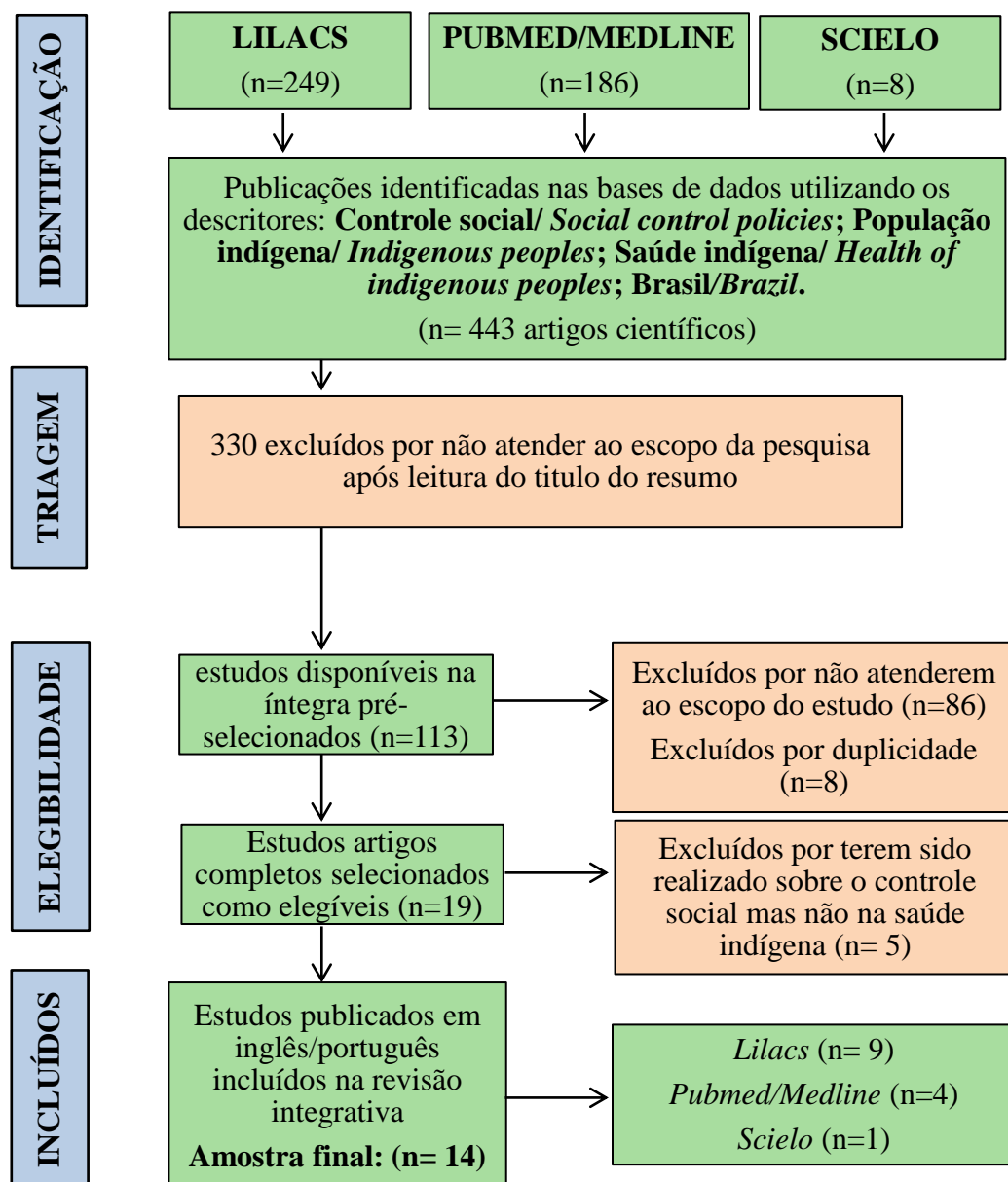


Figura 1: Fluxograma PRISMA utilizado para operacionalização da seleção da produção científica sobre o controle social na saúde indígena.

Nº	Fonte	Idioma	Base de dados	Periódico	Local de publicação	Local de estudo	Tipo de estudo	Objetivo do Estudo
01	Garnelo; Sampaio (2003)	Português Inglês	Lilacs	Cadernos de Saúde Pública	Rio de Janeiro (RJ)	DSEIs: Alto Rio Negro, Alto e Médio Solimões e Manaus	Observacional	Discutir as bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena.
02	Chaves; Cardoso; Almeida (2006)	Português Inglês	Medline	Caderno de Saúde Pública	Rio de Janeiro (RJ)	Angra dos Reis	Análise documental	Discutir a PNASPI, formulada na década de 90 como parte da reforma sanitária brasileira, tendo como marco a criação, em 1999, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
03	Langdon; Diehl (2007)	Português Inglês	Lilacs	Saúde e Sociedade	São Paulo (SP)	Santa Catarina	Reflexivo	Avaliar o modelo de atenção à saúde indígena em contexto intercultural, considerando a atenção diferenciada, agentes indígenas de saúde e participação e controle social.
04	Cruz; Coelho (2012)	Português Inglês	Lilacs	Saúde e Sociedade	São Paulo (SP)	CASAI no Distrito Sanitário Especial Indígena – MA.	Pesquisa documental e de campo	Compreender como se dá a participação indígena na organização dos serviços de saúde no modelo de DSEI, de maneira a identificar as possibilidades de respeito à especificidade e diferenciação que caracterizam os povos indígenas.
05	Teixeira; Simas; Costa (2013)	Português	Lilacs	Revista Tempus Actas Saúde Coletiva	Brasília (DF)	Brasil	Qualitativo	Refletir sobre as conquistas alcançadas nas duas últimas décadas no campo de saúde indígena, a partir de análise das resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde e da observação das atividades da Comissão Intersetorial de Saúde indígena que o assessora.

06	Toledo; Bittencourt; Shankland et al. (2013)	Português Inglês Espanhol	Lilacs	Revista Tempus Actas Saúde Coletiva	Brasília (DF)	Acre	Estudo de caso	Facilitar o processo de reflexão e análise participativa dos fatores condicionantes, que influenciam a efetivação das políticas públicas de saúde e o exercício do controle social dos povos indígenas, no estado do Acre – Brasil.
07	Cardoso (2014)	Português Inglês Espanhol	Medline	Caderno de Saúde Pública.	Rio de Janeiro (RJ)	Brasil	Reflexivo	Analisar as políticas de saúde para os povos indígenas do Brasil, tendo como marco a Constituição Federal de 1988 e os seus desdobramentos para o atendimento médico-assistencial destas populações.
08	Mendes; Leite; Langdon (2018)	Português Inglês Espanhol	Medline	Revista Panamericana de Salud Publica	Washington (EUA)	Brasil	Reflexivo	Apresentar reflexões acerca da implementação da PNASPI, destacando os avanços e desafios apresentados durante esse percurso.
09	Pedrana; Trad; Pereira et al. (2018)	Português Inglês Espanhol	Medline	Revista Panamericana de Salud Publica	Washington (EUA)	Brasil	Análise documental	Analisar a formulação e operacionalização do conceito de atenção diferenciada da PNASPI.
10	Pereira (2019)	Português Inglês Espanhol	Scielo	Revista de Geografia e Interdisciplinaridade	Grajaú (MA)	Maranhão	Qualitativo	Analisar o sistema de saúde indigenista e as formas de controle social no âmbito dos serviços de saúde oferecidos pelo estado aos <i>Tenetebara</i> Guajajara.
11	Abrunhosa; Machado; Pontes (2020)	Português Inglês Espanhol	Lilacs	Saúde e Sociedade	São Paulo (SP)	Brasil	Observacional	Contribuir com o debater sobre os sentidos da participação e refletir sobre os desafios da sua configuração como controle social no âmbito da saúde indígena.
12	Borges; Silva; Koifman (2020)	Português Inglês	Lilacs	Ciência e Saúde coletiva	Rio de Janeiro (RJ)	Acre	Histórico	Caracterizar o histórico dos povos indígenas do Acre, segundo aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e de

								política de saúde no contexto Brasileiro.
13	Scalco; Nunes; Louvision (2020)	Português Inglês	Lilacs	Saúde e Sociedade	São Paulo (SP)	DSEI Litoral Sul	Qualitativo	Compreender a estrutura formal e a efetiva configuração do espaço de participação social dos povos indígenas na construção de uma política de saúde diferenciada.
14	Pimentel; Gomes (2022)	Português Inglês	Lilacs	Saúde e Sociedade	São Paulo (SP)	Nordeste	Pesquisa colaborativa virtual	Discutir o potencial desse tipo de parceria para a reflexão sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, argumentando que esse modelo pode constituir uma forma de apoio ao controle social exercido por parte das comunidades.

Quadro I: Caracterização da produção científica sobre o controle social na saúde indígena.

Nº	Fonte	População envolvida	Principais evidências
01	Garnelo; Sampaio (2003)	Lideranças indígenas e Conselheiros de saúde	As formas de intervenção social das lideranças indígenas evidenciam os propósitos de assumir o protagonismo na implantação do modelo de distritalização sanitária indígena. Percebendo também a multipotencialidade do processo planejam obter, por intermédio do mesmo, uma intensificação de bandeiras políticas gerais do movimento indígena.
02	Chaves; Cardoso; Almeida (2006)	Indígenas Guarani	Foi observado que apesar dos avanços conseguidos na implementação do SUS, não são ainda levadas na devida consideração as especificidades da população indígena, mesmo tendo sido formulada uma política específica para ela, além de que a falta de coordenadas mais claras emanadas do nível federal dificulta ainda mais a implementação do SASI em nível local.
03	Langdon; Diehl (2007)	Agentes Indígenas de Saúde e Conselheiros de Saúde.	Demonstrou-se claramente que os princípios da atenção diferenciada, tão bem elaborados nos documentos oficiais, ainda não se tornaram uma realidade, seja na forma de participação da comunidade e controle social, seja na formação de equipes multiprofissionais para trabalhar em situações multiculturais.
04	Cruz; Coelho (2012)	Instituições que tratam direta e indiretamente da saúde indigenista e indígenas Tentehar-Guajajara.	Notou-se que existem diferentes percepções do Estado e dos povos indígenas sobre a participação indígena no sistema de atendimento à saúde. O SUS foi construído para atender aos brasileiros de modo geral e a inserção dos povos indígenas nesse sistema ocorreu de forma <i>tensa</i> , tendo em vista a necessidade de adaptar a estrutura universal do SUS às suas especificidades. O Estado afirma a participação indígena como um direito e define no modelo a demarcação de “lugares” específicos para os índios, nas instâncias oficiais de participação. Os índios têm <i>resinificado</i> esses lugares, procurando estabelecer suas próprias formas de participação.
05	Teixeira; Simas; Costa (2013)	Lideranças indígenas e conselheiros de saúde	Haveria uma inclusão política sem consequências consistentes para a melhoria das condições materiais de existência dos indígenas. Nas palavras de Kleber Karipuna, então coordenador-tesoureiro da COIAB e atual presidente do CONDISI Amapá e Norte do Pará: “A população indígena exerce um controle social. Participa, reclama, apoia quando é necessário, expõe quais são os problemas que devem ser atacados para melhorar a atenção à saúde indígena, mas, infelizmente, na prática, isso não funciona.

06	Toledo; Bittencourt; Shankland et al. (2013)	Conselheiros de saúde e representantes indígenas	Identificou-se que o controle social é um campo estratégico para a busca de fortalecimento dos processos de representação dos povos indígenas, para que possam efetivamente influenciar nas políticas e práticas de saúde e alcançar seus direitos de saúde e cidadania diferenciada.
07	Cardoso (2014)	Lideranças indígenas e Conselheiros de saúde.	Observou-se que participação das populações indígenas na formulação, planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde por meio da sua representação nos diversos Conselhos é precária, os conselhos distritais e locais pouco operacionais, apesar da legislação em vigor.
08	Mendes; Leite; Langdon (2018)	Conselheiros de saúde	A participação e o controle social avançaram significativamente, mas encontram ainda sérias barreiras à sua efetivação. A gestão da SESAI ainda se mostra centralizada e limitada pelo modo como seu quadro de pessoal é composto; os problemas com a formação de profissionais para a atuação em ambientes interétnicos e a elevada rotatividade parecem muito distantes de serem solucionados. Ao mesmo tempo, há que se mencionar a persistência de uma distância inaceitável entre diversos indicadores de saúde registrados entre povos indígenas e o restante da população brasileira, sendo o segmento indígena sistematicamente desfavorecido.
09	Pedrana; Trad; Pereira et al. (2018)	Povos indígenas.	Evidenciou-se o caráter etnocêntrico da PNASPI, as numerosas contradições e negligências que não contemplam de fato o intercâmbio e articulação com o saber tradicional e as visões êmicas indígenas de saúde e dos processos de padecimento/cura. A reversão dessas limitações exigirá maior reflexividade, questionamento e vigilância epistemológicos tanto das ciências sociais e políticas quanto dos movimentos sociais e de controle social indígenas para redefinir em termos interculturais a APS de indígenas no Brasil.
10	Pereira (2019)	Povo indígena Tenetehara Guajajara.	Notou-se que a equipe multidisciplinar de saúde indígena não recebe capacitação específica para o atendimento médico oferecido aos <i>Tenetehara</i> Guajajara. A articulação entre os conhecimentos biomédicos e os saberes tradicionais dos povos indígenas não ocorre, como recomenda a política indigenista de saúde. No que se refere ao controle social das ações de saúde indigenista desenvolvidas pelo Estado, os <i>Tenetehara</i> Guajajara participam dos conselhos local e distrital, e organizam estratégias extraoficiais.

11	Abrunhosa; Machado; Pontes (2020)	Lideranças indígenas, antropólogo, profissionais de saúde e gestor.	Observou-se um deslocamento no sentido da participação para uma atuação mais burocrática dentro dos estritos limites estabelecidos pela gestão. Se o relatório da 1ª Conferência guardava consigo uma potência de transformação radical na forma de se pensar a saúde indígena, com o passar dos anos (e das conferências) essa possibilidade transgressora foi sendo limitada pela burocratização.
12	Borges; Silva; Koifman (2020)	Povos indígenas	Mediante extensa trajetória de lutas, a situação de saúde indígena apresenta desafios sistêmicos agregados ao processo histórico de ineficiente gestão das políticas indigenistas no país. Notou-se que nos primeiros anos de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, persiste o quadro de precariedade da saúde pública prestada aos povos indígenas, acompanhada de um crítico processo de utilização inadequada dos recursos financeiros. Diante das dificuldades em manter os direitos adquiridos e prosseguir na defesa de novos direitos, salienta-se a necessidade de fortalecimento do controle social e capacitação dos participantes do Movimento Indígena, respeitando a integridade cultural.
13	Scalco; Nunes; Louvison (2020)	Indígenas, indigenistas.	As entrevistas e legislações analisadas demonstram que as estruturas do controle social traçam dois caminhos de participação dos povos indígenas na política de saúde, com pouca interação entre si na esfera nacional e nenhuma articulação nos estados e municípios, demonstrando um paralelismo na estrutura do controle social.
14	Pimentel; Gomes (2022)	Povos indígenas e lideranças indígenas.	A pandemia evidenciou o descaso com propostas que já vêm sendo produzidas há vários anos pelos povos indígenas, regional e nacionalmente. Ações de pesquisa colaborativa com o movimento indígena podem indicar um dos possíveis caminhos para a recomposição e revigoração do controle social na saúde indígena em bases renovadas ou “instituintes”.

Quadro II: Síntese da produção científica sobre controle social na saúde indígena considerando os autores, a população envolvida e as principais evidências dos estudos selecionados.

No que se refere a cenários de realização dos estudos, 5 (36%) foram conduzidos com conselheiros de saúde de todo Brasil; 2 (14%) no Maranhão, 2 (14%) Acre, 1 (7%) em Curitiba entre outros estados da federação (**Figura 2**).

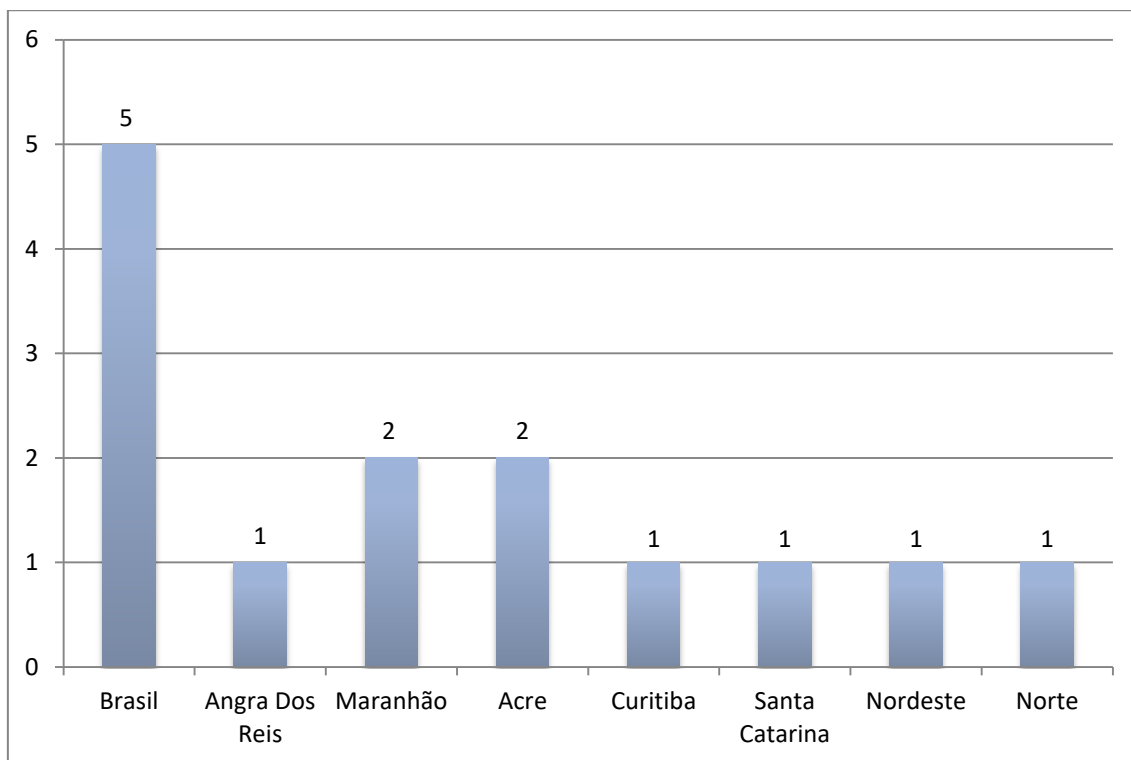


Figura 2: Locais de realização de estudo sobre o controle social na saúde indígena.

Em relação aos periódicos de publicação, houve uma diversidade de divulgação das pesquisas, onde 5 (36%) foram divulgados na Revista Saúde e Sociedade, 3 (21%) nos Cadernos de Saúde Pública, 2 (14%) na Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, e os demais estudos em outros periódicos (**Figura 3**).

Houve predominância de publicação de estudos em periódicos nacionais com destaque para a cidade de São Paulo, 5 (36%); seguido do Rio de Janeiro 4 (29%) publicações. Apenas 2 (14%) foram publicados fora do país, na cidade de Washington, nos Estados Unidos (**Figura 4**).

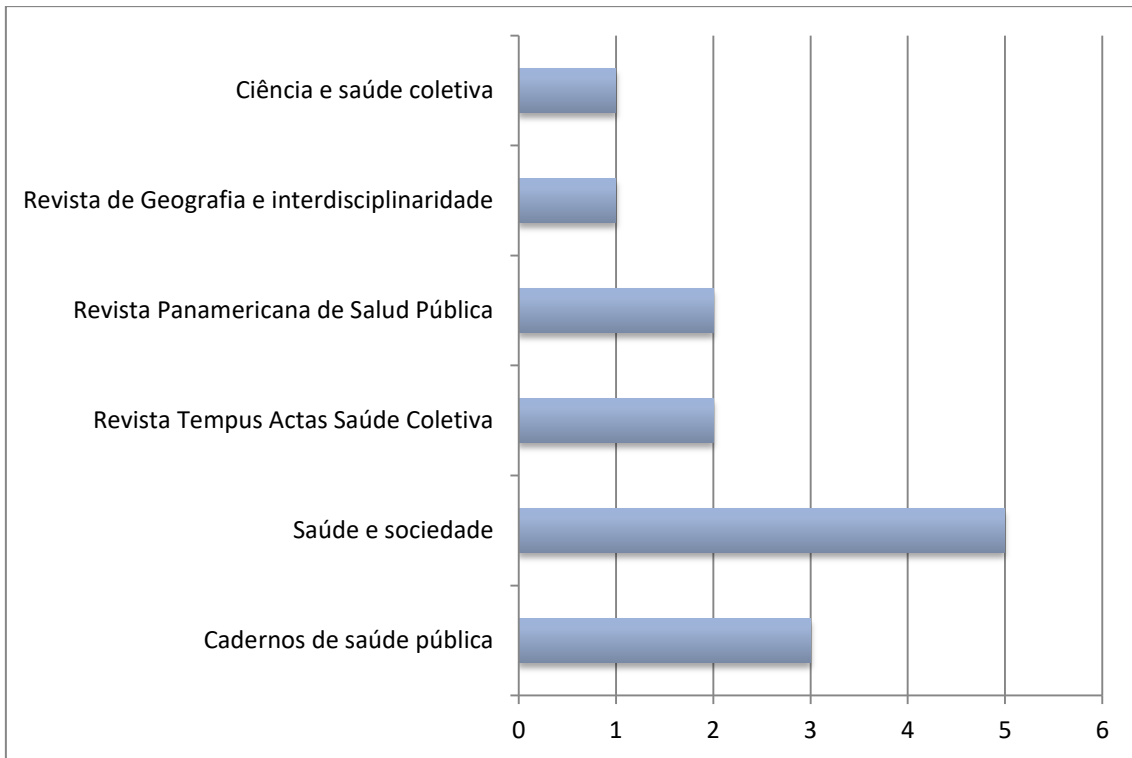


Figura 3: Periódicos de publicação da produção científica brasileira sobre o controle social na saúde indígena.

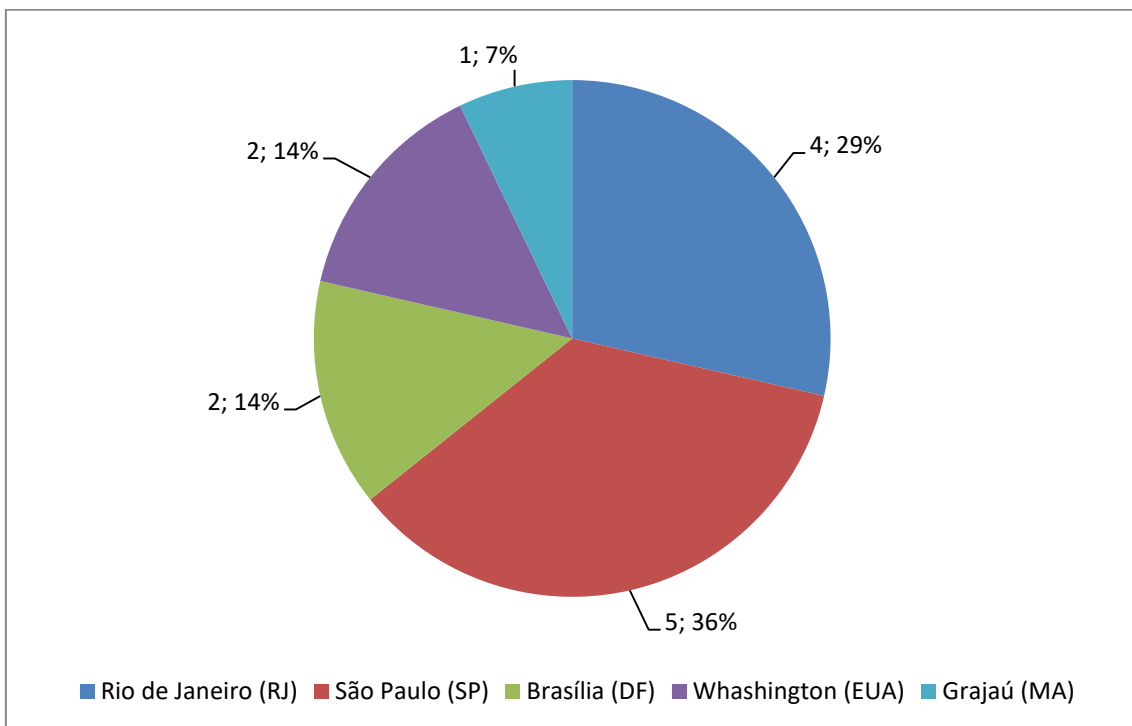


Figura 4: Locais de publicação de estudos sobre o controle social na saúde indígena.

Houve uma diversidade de métodos conduzidos individualmente em cada estudo, com destaque para os estudos reflexivos 3 (21%) e qualitativo 3 (21%), seguidos do estudo de análise documental 2 (14%), Observacional 2 (14%) entre outros delineamentos (**Figura 5**).

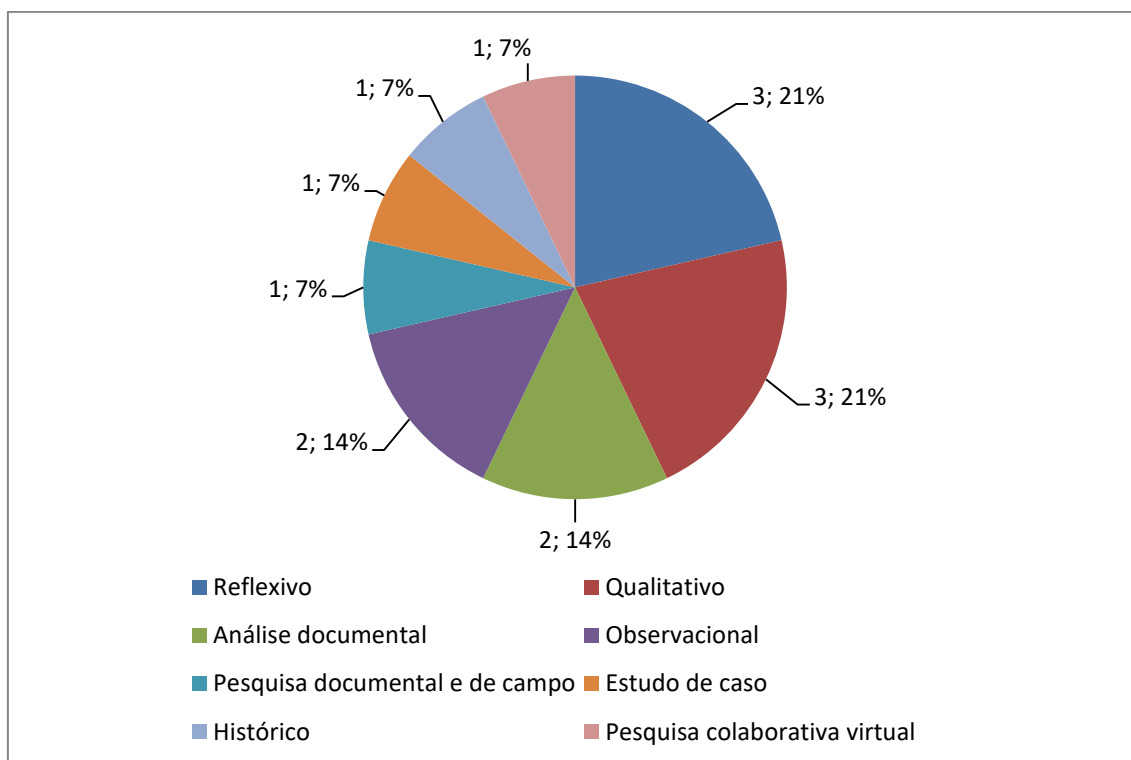


Figura 5: Delineamento dos estudos sobre o controle social na saúde indígena.

Na produção científica selecionada para esta revisão, foram encontradas 4 categorias que mais influenciaram no controle social da saúde indígena, a saber; 9 (39%) omissões irregularidades e ineficiência na aplicabilidade das diretrizes da PNASPI; 7 (30%) o planejamento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas não contempla um modelo integrante e diferenciado; 5 (22%) formas de participação no controle social extraoficial e; 2 (9%) Falta de capacitação para agentes indígenas de saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que o modelo de controle social adotado pelo estado brasileiro não abrange a concepção de participação dos povos indígenas. Compreende-se que a presença de apenas alguns representantes indígenas em conselhos não constitui uma prática indígena, e com isso também acontecem manifestações indígenas independentes dos mecanismos oficiais criados pelo estado³.

É apontada a existência de duas formas de participação indígena, que denominam como sendo “autorizada” ou “não autorizada”: “Quando nos referimos à ‘autorizada’ tratamos da participação indígena oficial, ou seja, que estabelece um ‘lugar’ específico para os índios nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde e como ‘usuários’”. Já as estratégias não autorizadas dizem respeito às ações de ocupação, bloqueio, “retenção de não índios nas aldeias”⁵.

A formalização dos espaços do CLSI pela portaria nº 755/2012 trouxe como consequência a burocracia da gestão não indígena. Ao estipular que os membros do CLSI devem ser eleitos, dificulta-se a participação de toda a comunidade e não se garante a frequência das reuniões, e que estas muitas vezes não ocorrem por falta de recursos para transporte e alimentação dos membros¹.

As visitas dos conselheiros distritais às áreas indígenas e sua aproximação das lideranças indígenas (vistas como maneiras de descentralizar o poder) foram reivindicadas pelos conselheiros indígenas, para que os conselheiros conhecessem melhor a realidade e se sensibilizassem para o papel do Conselho Distrital e do controle social; contudo, isso não acontecia⁹.

Os indígenas são sujeitos coletivos que constroem pautas e decisões em momentos de conversa, é possível compreender a importância dos Condisi e CLSI como ambientes de encontro, articulação entre as aldeias. As reuniões são descritas como

espaços onde podem “encontrar os parentes” e “reunir todo mundo”. Quando a gestão nega esta perspectiva, não reconhece o modo diferenciado de participação indígena previsto na Constituição federal, na Convenção nº 169 e na Lei Arouca, rompendo assim com a responsabilidade coletiva pela saúde dos povos originários⁵.

A gestão da SESAI ainda se mostra centralizada e limitada pelo modo como seu quadro de pessoal é composto; os problemas com a formação de profissionais para a atuação em ambientes interétnicos e a elevada rotatividade parecem muito distantes de serem solucionados. Em relação à alta rotatividade dos profissionais, o não estabelecimento de vínculo tende a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde desses povos¹⁰.

Apesar dos avanços relativos à sua criação e implantação, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ainda se configura de forma fragmentada e emergencial nas realidades locais, com distorções no processo de controle social e uma grande lacuna para a concretização dos seus princípios e diretrizes. Tal quadro pode ser evidenciado pela manutenção de piores indicadores de saúde em comparação com a população não indígena, iniquidades de acesso, estratégias ineficazes de participação indígena, elevada descontinuidade das ações de saúde, ingerência financeira e dificuldades administrativas, entre outros fatores que precisam ser superados para que ocorra efetiva melhoria nas condições de saúde dos povos indígenas brasileiros¹¹.

O controle social é visto como campo estratégico para a busca de fortalecimento dos processos de representação dos povos indígenas, para que possam efetivamente influenciar nas políticas e práticas de saúde e alcançar seus direitos de saúde e cidadania diferenciada, porém a participação das populações indígenas na formulação, planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde por meio da sua representação nos

diversos Conselhos é precária, os conselhos distritais e locais pouco operacionais, apesar da legislação em vigor^{17,12}.

CONCLUSÃO

A presente revisão mostrou que embora seja uma diretriz prevista na Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI), o controle social na saúde indígena ainda encara diversos obstáculos para a sua real concretização, que vão desde a participação efetiva dos conselheiros de saúde nas reuniões onde são debatidas a saúde indígena até a capacitação da equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), que muitas das vezes tem em sua equipe grande quantidade de não-indígenas, sendo assim não estão preparados para o atendimento das especificidades desses povos.

A burocratização da organização social e política da sociedade ocidental torna-se o principal fator que faz com que as demandas da saúde indígena não sejam atendidas, ou que levem muito tempo para serem efetivados.

Embora haja diversos obstáculos para que seja de fato implementado o controle social na saúde indígena de forma eficaz, é perceptível os esforços dos povos originários a fazer valer esse direito que lhes é garantido, buscando sempre participar de todos os processos que tangem à sua saúde, fazendo com que seja respeitada as especificidades de cada povo.

REFERÊNCIAS

1. Scalco N, Nunes JA, Louvison M. Social control in the indigenous health care subsystem: A silenced structure. *Saude e Sociedade*. 2020;29(3):1–14.
2. Controle Social — Português (Brasil) [Internet]. [citado 2023 jan 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/controle-social>.

3. Pereira DR. Sistema de saúde indigenista e formas de controle social no povo indígena Tenetehara Guajajara. *InterEspaço: Revista de Geografia e Interdisciplinaridade*. 30 de abril de 2019;5(16):10599.
4. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Política Nacional de Atenção à 7731 de janeiro de 2002. Publicada no D.O.U. n.º 26 – Seção 1, p. 6 – 7, de 6 de fevereiro de 2002. 2. ed. Brasília: MS/FUNASA, março de 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.
5. Abrunhosa MA, Machado FR de S, Pontes AL de M. From participation to social control: Reflections based on the indigenous health conferences. *Saude e Sociedade*. 2020;29(3):1–13.
6. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context. Enferm* 2008;17(4):758–64.
7. N Cullum, D Ciliska, RB Haynes, Marks S. *Enfermagem Baseada em evidências*. Porto Alegre: 2010.
8. Lobiondo-wood G, Haber J. *Nursing Research-E-Book: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. 2017.
9. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2007;16:19–36.
10. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2018;42.

11. Borges MF de SO, da Silva IF, Koifman R. Social, demographic, and health policies history of indigenous peoples from the state of Acre, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 1º de junho de 2020;25(6):2237–46.
12. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: Notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):860–6.
13. Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(1):311–7.
14. Chaves M de BG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*. 2006;295–305.
15. Cruz KR da, Coelho EMB. Saúde Indigenista e os desafios da Participação Indígena. *Saúde e Sociedade*. 2012;21:185–98.
16. Teixeira CC, Da D, Simas H, Aguilar De Costa NM. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Revista Tempus Actas de saúde Coletiva*. 2013;97–115.
17. Toledo ME, Ferreira Bittencourt M, Shankland A, Barbin H. O olhar das representações indígenas sobre a sua saúde e a interface com o subsistema de saúde indígena. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2013;117–30.
18. Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, de Oliveira Nunes de Torrenté M, de Carvalho Mota SE. Critical analysis of interculturality in the National Policy for the Care of Indigenous Peoples in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2018;42.
19. Pimentel SK, Gomes AO, Pavelic NLB, Andrade LEA de, Julião CG, Lima PC de, et al. Do monitoramento autônomo à pesquisa colaborativa virtual: parceria com o

movimento indígena do Nordeste durante a pandemia da covid-19 como apoio ao controle social. Saúde e Sociedade. 2022;31(4):1-1.