

GESTÃO, POLÍTICA E MOVIMENTOS SOCIAIS NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO NEGRO

<http://dx.doi.org/10.25091/S01013300201900020006>

LUCIANA BENEVIDES FERREIRA*

DANILO PAIVA RAMOS**

ALEX SHANKLAND***

RESUMO

Este artigo analisa a relação entre diferentes formas de *accountability* no contexto do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS), por meio de um estudo de caso do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do rio Negro, localizado no estado do Amazonas. A partir de um episódio de mobilização indígena iniciado após um surto de malária no DSEI, o estudo aponta alguns dilemas fundamentais decorrentes da incorporação de lógicas conflitantes de *accountability* ao desenho do SASI-SUS.

PALAVRAS-CHAVE: *accountability; movimentos sociais; saúde indígena.*

Management, Policy and Social Movements in the Upper Rio Negro Special Indigenous Health District

ABSTRACT

This article discusses the interplay of different forms of accountability in the context of the Indigenous Health Subsystem of Brazil's Unified Health System (SASI-SUS), via a case study of the Rio Negro Special Indigenous Health District (DSEI-ARN) in the State of Amazonas. Focusing on a case of indigenous mobilisation triggered by a malaria outbreak it highlights some of the underlying dilemmas that derive from the embedding of conflicting accountability logics within the architecture of the SASI-SUS.

KEYWORDS: *accountability; social movements; indigenous health.*

[*] Centro Universitário de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: lucianabenevides@gmail.com

[**] Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: dpaivaramos@gmail.com

[***] Universidade de Sussex, Falmer, Reino Unido. E-mail: a.shankland@ids.ac.uk

INTRODUÇÃO

No contexto do esforço global para efetivar a universalização do acesso aos serviços de saúde e para combater iniquidades, a saúde indígena vem despontando como uma área crítica (Anderson et al., 2016). No empenho para superar as diferenças entre indicadores de saúde desses povos e os das populações majoritárias, debates recentes têm enfatizado a importância das dinâmicas de *accountability*, ou responsabilização e prestação de contas (Nelson et al.). Além de ampliarem o volume de recursos destinados aos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, alguns países — entre os quais o Brasil

— vêm desenvolvendo novos arranjos institucionais e de gestão desses serviços. Ao divergirem das lógicas de cálculo político que influenciam as decisões sobre alocação de recursos nos sistemas de saúde que atendem à população em geral¹ e ao introduzirem espaços e processos específicos de diálogo interétnico, esses arranjos trazem novas oportunidades e novos desafios para a construção de *accountability*.

Desde 1999 a população indígena brasileira tem acesso à atenção básica oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um arranjo específico, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASI-SUS), cuja base de organização territorial não é o município (como é o caso no SUS em geral), mas, sim, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Trata-se de uma unidade cuja gestão é de responsabilidade direta do governo federal, embora com a afirmação do princípio de “autonomia” da gestão local, com controle social exercido pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). Dessa forma, o coordenador do distrito é designado pelo gestor federal e deve responder pela execução das ações de atenção primária à saúde no DSEI, organizadas a partir de uma rede de polos-base, unidades básicas de saúde que devem atender uma área específica dentro do território do DSEI. O coordenador do distrito também responde pela interlocução com gestores municipais para o estabelecimento de uma rede de referência para serviços de atenção especializada, além de prestar contas ao CONDISI. Esse conselho, assim como nas demais instâncias de controle social do SUS, é composto paritariamente por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço.

No início da criação do subsistema, houve um esforço de descentralização das ações por meio do estabelecimento de arranjos locais de prestação de serviços mediados por convênios entre diversas entidades, incluindo municípios, entidades religiosas, ONGs não indígenas e organizações do próprio movimento indígena, e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde (MS) que então detinha a responsabilidade pelo subsistema. Em poucos anos a Funasa passou a recentralizar os processos de gestão, encerrando os convênios com a alegação de que isso permitiria resolver problemas administrativos e de corrupção que começavam a ser denunciados. No entanto, a gestão da própria Funasa passou a ser alvo de denúncias cada vez mais graves da mesma natureza, até que em 2010 a responsabilidade pelo subsistema foi transferida para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde. A criação da SESAI trouxe novas perspectivas de avanço para o subsistema e recebeu intenso apoio do movimento indígena e indigenista (Benevides Ferreira, 2012).

Apesar das conquistas obtidas com a criação do subsistema, a evolução dos indicadores de saúde é modesta quando comparada ao aumento maciço do montante de recursos investidos pelo

[1] Ver, por exemplo, os artigos de Coelho et al. e Matsinhe e Namburete neste dossiê.

governo federal, que cresceu de aproximadamente 200 milhões de reais em 2003 para mais de 1,4 bilhão de reais em 2016 (Benevides Ferreira; Taveira, 2017). Os problemas de gestão permanecem durante toda essa trajetória, e a má qualidade dos serviços, apesar da abundância de recursos financeiros, tem recebido protestos de organizações do movimento indígena, muitas vezes acompanhados por denúncias de corrupção.

Essa prática das lideranças etnopolíticas indígenas de buscar respostas aos problemas relacionados à precária assistência e à falta de transparência nas ações de saúde indígena por meio de ações de protesto e mobilizações esporádicas “para cima” — geralmente tentando atingir os gestores nacionais, em vez de enfatizar a participação nos espaços locais de controle social — tornou-se uma característica marcante dos arranjos de *accountability* do subsistema, situação bem diferente do que se observa no restante do SUS. Essa característica impulsionou a discussão apresentada neste artigo, que analisa como as relações de *accountability* são construídas nesse contexto a partir de um estudo de caso do DSEI Alto Rio Negro (DSEI-ARN), localizado em uma região de maioria indígena no estado do Amazonas. Partindo de uma situação de denúncia realizada por lideranças de comunidades indígenas da região do Médio Tiquié, no DSEI-ARN, procura-se entender como essas estratégias de mobilização navegam pelos níveis de gestão e espaços de representação do subsistema e de que maneira diferentes fatores institucionais e políticos e relações de poder influenciam os resultados efetivamente alcançados por tais estratégias.²

[2] A pesquisa realizada no DSEI-ARN fez parte de um conjunto de quatro estudos de caso realizados no âmbito do Projeto Vozes Desiguais, uma colaboração entre o Institute of Development Studies (IDS), no Reino Unido, o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e a Associação Saúde Sem Limites (SSL), no Brasil, e a N’weti Comunicação em Saúde e a Kula Estudos e Pesquisas, em Moçambique, com apoio financeiro do Conselho de Pesquisa Econômico e Social (ESRC) e do Ministério da Cooperação Internacional (DFID) do Reino Unido.

MARCO CONCEITUAL, METODOLOGIA E PROCESSO DE PESQUISA

A profunda dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a existência de populações marginalizadas foram fatores que levaram à escolha do DSEI-ARN e, dentro deste, da área de abrangência do Polo Base de São José II no Médio Tiquié para a pesquisa sobre *accountability*, controle social e iniquidades em saúde no SASI-SUS. A região do rio Negro é habitada por mais de 30 mil indígenas de 23 etnias diferentes, falantes de línguas das famílias Tukano, Aruak e Nadëhup (Maku). Em sua grande maioria, vivem nas 673 aldeias localizadas em terras indígenas. O município de São Gabriel da Cachoeira, onde fica a sede do DSEI-ARN, tem 108 mil quilômetros quadrados de extensão e faz fronteira com a Colômbia e a Venezuela. O Polo Base de São José II possui uma das maiores áreas de abrangência de cobertura do DSEI-ARN, com 34 comunidades indígenas distribuídas às margens do rio Tiquié e ao longo de afluentes de difícil acesso, incluindo comunidades das etnias Hupd’äh e Yuhupdëh, consideradas pela Fundação Nacional do Índio (Funai) como “povos de recente contato”.

As estratégias de busca de *accountability* são múltiplas, e cada uma delas traz embutida uma lógica diferente de associação entre “voz” e “dentes”. As estratégias de “*social accountability*”, expressão traduzida no Brasil como “controle social” e, em outros países lusófonos, como “responsabilização social”, enfatizam a ação cívica dos “usuários de serviços” na busca de satisfação de suas necessidades como consumidores e/ou de realização de seus direitos como cidadãos. As de “*managerial accountability*”, controle por meio de processos administrativos e de gestão, enfatizam a cobrança do cumprimento de normas e da realização de metas por parte de instâncias superiores e/ou contratantes de serviços. As estratégias de “*political accountability*”, ou responsabilização política, preveem a expressão da avaliação do desempenho nas urnas, com a reeleição ou o aumento de maioria como recompensa por uma boa gestão, e perda do cargo marcando a gestão inadequada.

Nas classificações de *accountability* inspiradas no trabalho de O’Donnell, enfatizam-se os aspectos *managerial* e *political*, sobretudo: 1) A capacidade dos cidadãos de interferir na escolha, na permanência ou na destituição de um gestor público; e 2) A capacidade do Estado para supervisionar agentes públicos em suas funções (O’Donnell, 1998). A dimensão de *social accountability* tem recebido mais ênfase no mundo da cooperação internacional desde a publicação do *World Development Report 2004*, estudo muito influente do Banco Mundial que prega a importância do “feedback” direto dos usuários/consumidores para prestadores de serviços, tanto por meio de mecanismos institucionalizados (como conselhos) quanto por processos de consulta e avaliação participativa (como os “Cartões de Pontuação Comunitária” que passaram a ser amplamente utilizados na África e na Ásia).

Além de estratégias, os processos de *accountability* dependem de relações entre diferentes níveis. O’Donnell diferencia a *accountability* “horizontal” entre diferentes instituições que fazem parte de um mesmo estado (por exemplo o escrutínio que deve ser exercido pelo Legislativo ou por órgãos de controle) e a *accountability* “vertical” entre cidadãos/eleitores e gestores/eleitos. Essa “verticalidade” das relações de *accountability* também tem sido explorada por Fox, que enfatiza a importância não só da relação direta entre usuários e gestores locais mas também a possibilidade de usuários acionarem por meio de estratégias “verticalmente integradas” uma intervenção de níveis superiores de gestão, quando o gestor local se mostra resistente à ideia de prestar contas “para baixo” — a chamada “estratégia sanduíche” (O’Donnell, 1998; Fox, 2015).

O estudo de caso procurou analisar não somente as práticas específicas de mobilização “verticalmente integrada” em busca de *accountability* desenvolvidas pelas organizações do movimento indígena da região do rio Negro, como também o contexto institucional, político

e de políticas públicas do DSEI-ARN e do SASI-SUS, no qual essas práticas se desenvolveram. Definiu-se uma abordagem metodológica essencialmente qualitativa. A análise documental foi combinada com a pesquisa de campo realizada em São Gabriel da Cachoeira (sede do DSEI-ARN) e em comunidades indígenas da área de abrangência do Polo Base de São José II, no período de agosto a outubro de 2017 e em dezembro de 2018. Na primeira visita foram realizadas doze entrevistas e houve a participação em duas reuniões com representantes do DSEI, da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) — órgão que assessora o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na segunda, foram visitadas 24 comunidades indígenas e realizadas 28 entrevistas por meio da metodologia de grupo focal (Gondim, 2003), das quais participaram cem pessoas, entre agentes indígenas de saúde, professores, capitães,³ mulheres, técnicos agentes de saúde indígena e conselheiros de saúde. Em São Gabriel da Cachoeira, a equipe de pesquisa acompanhou uma reunião do CONDISI do DSEI-ARN e realizou uma série de entrevistas com interlocutores-chave. Na etapa final, foi feita uma oficina de avaliação com lideranças indígenas locais e a equipe de saúde no Polo Base de São José II, na qual foram utilizadas, além das apresentações (com tradução simultânea em tukano), a técnica de sociodrama e a ferramenta “Cartão de Pontuação Comunitária” para discutir e sistematizar as percepções das lideranças indígenas e da equipe de saúde acerca das mudanças na qualidade da atenção desde 2016 (López Franco; Dumangane, 2015; Wild et al., 2015). Por fim, ocorreu uma série de reuniões de apresentação de resultados e debates sobre estratégias futuras com representantes do DSEI-ARN e do CONDISI, além da participação na Etapa Distrital da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

[3] Trata-se de uma função social e política. O capitão da aldeia desempenha um papel importante de representação perante as instâncias e instituições locais, além de liderar a comunidade em assembleias, mutirões, atividades econômicas, entre outras.

“ACCOUNTABILITY” E INTERCULTURALIDADE:

SASI-SUS, DSEI-ARN E O POLO BASE DE SÃO JOSÉ II

O SASI-SUS nasceu da Lei Arouca (lei n. 9.836/99), fruto de uma aliança entre movimentos sociais (indígena e sanitarista) em prol da redução das desigualdades que colocam a população indígena entre os piores indicadores de saúde dos diferentes grupos populacionais brasileiros. Nesse processo, a responsabilização política do Estado e do Ministério da Saúde revela-se fundamental para que a pressão seja exercida em um nível superior e possibilite a criação de lei e posterior estruturação do subsistema com mecanismos de controle social (*social accountability*) previstos e institucionalizados.

A responsabilidade federal na gestão está ancorada na consolidação de uma lógica de controle burocrático centralizado. Recrutamento,

[4] Ver artigo de Coelho et al. neste dossiê.

contratação e formação de profissionais de saúde para atuar nos DSEIs continuam sendo responsabilidade de “conveniadas”, ONGs contratadas centralmente e responsáveis por fornecer mão de obra para vários DSEIs, numa lógica muito diferente dos contratos de gestão com ênfase em territórios específicos, como ocorre em outras áreas do SUS.⁴ A partir da criação do subsistema, a constituição de cada um dos 34 DSEIs teve como objetivo contemplar aspectos etnoculturais e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas. Contrapondo-se à lógica centralizada, desde o início do SASI-SUS o movimento indígena reivindica “autonomia” para os DSEIs.

Na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que norteou a implantação do SASI-SUS, a combinação da responsabilidade federal com o princípio de autonomia dos DSEIs e com a forte participação indígena no controle social teve a intenção de criar um ambiente propício para a interação de saberes indígenas e biomédicos, permitindo a construção de um modelo de atenção norteado pelo diálogo intercultural. Este envolve o reconhecimento da diversidade cultural dos povos indígenas e o respeito aos sistemas tradicionais de saúde (Brasil/Funasa, 2002). Assim, uma das especificidades no modo de exercício da *accountability* no subsistema vem a ser o fato de a responsabilização social, o controle por processos de gestão e a pressão política serem norteados pelo princípio de interculturalidade em saúde.

Nesse contexto, práticas xamânicas e rituais aliados à atenção à saúde prestada pelo DSEI-ARN possibilitariam a vida saudável dos indivíduos das diferentes etnias. No entanto, durante a etapa local da pesquisa foi identificada a diminuição dessas práticas tradicionais de saúde. Apesar da presença de 22 benzedores e da utilização de “remédios caseiros” nas 24 comunidades visitadas, verificou-se a inexistência de pajés atuantes nas aldeias Tukano, Desano, Tuyuka e Yuhupdêh. Além disso, o importante ritual de troca conhecido como “Dabucuri” não é mais realizado entre comunidades diferentes, o que demonstra a diminuição na magnitude dos eventos rituais e a dificuldade na produção de grandes excedentes de caça, pesca ou massa de mandioca para a troca cerimonial. Ancorados no princípio da interculturalidade em saúde, interlocutores responsabilizam o DSEI-ARN pela “diminuição da força” da medicina tradicional e exigem a implementação de projetos do DSEI voltados ao fortalecimento da medicina tradicional indígena. O desequilíbrio entre biomedicina e medicina tradicional traduz-se assim em uma demanda por recursos para projetos, sinalizando a adoção por parte das lideranças etnopolíticas de algumas lógicas de “*managerial accountability*”.

Uma questão fundamental para a efetivação do princípio de interculturalidade em saúde, prevista na PNASPI, é a formação e atuação

dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), cujo papel de mediação entre sistemas tradicionais indígenas e conhecimentos e tecnologias da biomedicina seria fundamental para a promoção da saúde indígena (Pontes, 2013). No entanto, um ponto crítico identificado durante a pesquisa de campo foi o baixo número de AIS, apenas 14 nas 34 comunidades do polo, e a redução de seu papel a fornecedores de dados para as equipes.

A mediação intercultural no SASI-SUS também é exercida pela figura do conselheiro indígena em dois níveis de controle social: o Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), órgão consultivo composto exclusivamente por lideranças locais; e o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), órgão deliberativo paritário onde representantes usuários (geralmente escolhidos por meio dos CLSIs) interagem com gestores, prestadores de serviço e trabalhadores (Shankland, 2010). Esses mediadores indígenas exercem o papel de representantes de seus povos nos espaços de consulta e deliberação do SASI-SUS.

As 24 comunidades visitadas durante a pesquisa possuíam um conselheiro local de saúde. Ao todo foram entrevistados 22 conselheiros locais e dois distritais. Os primeiros têm o papel de acompanhar o trabalho das equipes de saúde — EMSI (Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena) — e os segundos encaminham os problemas e demandas da comunidade ao CONDISI. Conselheiros distritais do DSEI-ARN têm dificuldade de realizar visitas periódicas às comunidades atendidas pelas EMSI, o que compromete o acompanhamento, a observação e a escuta das demandas. Essa dificuldade se torna mais intensa pela deterioração do sistema de comunicação via radiofonia, fundamental para o contato das equipes com os AISs, solicitações de resgate e repasse de demandas dos usuários ao conselheiro distrital (Buchillet, 2004). No Polo Base de São José II, apenas nove comunidades possuíam sistema de radiofonia operante em 2017.

Além de percorrer grandes distâncias entre as comunidades, o conselheiro distrital de saúde da região precisa ainda ser capaz de se comunicar em diversas línguas com usuários pertencentes a diferentes etnias. Essa diferenciação interétnica revela modos específicos de interação e acesso às ações de atenção à saúde promovidas pelo DSEI-ARN na região. Por exemplo, os Hupd'äh e os Yuhupd'êh são as maiores populações indígenas morando nas terras indígenas de abrangência do Polo Base de São José II. Possuem os piores índices de mortalidade infantil, desnutrição, casos de suicídio, entre outros problemas de saúde, o que reforça a necessidade tanto de representação específica por um conselheiro distrital quanto de atenção à saúde diferenciada para a reversão desse quadro, o que não ocorre.

A falta de atendimento por dificuldades logísticas da equipe de saúde atinge também as comunidades Tukano, Desano, Yebamasã

e Tuyuka do rio Castanho, afluente do Tiquié. No Castanho, houve apenas duas visitas às comunidades em 2017. Revela-se igualmente a dificuldade de participação dos conselheiros locais de saúde dessa calha de rio nas reuniões do CONDISI e as raras visitas do conselheiro distrital de saúde.

Portanto, na região do Polo Base de São José II, em 2017, era perceptível o vazio assistencial na prestação dos serviços de saúde. Identificavam-se desde problemas de infraestrutura, logística e falta de recursos humanos até a deficiente comunicação entre equipes de saúde e comunidades, o que inclui a desarticulação com os saberes tradicionais indígenas e o desconhecimento das mudanças que vêm alterando o modo de vida nessas comunidades. Era nítida a frustração das comunidades com essa situação e o seu desejo de procurar *accountability* pelas falhas de prestação de serviços, mas essa busca era dificultada pela complexidade dos arranjos de gestão e das relações políticas que caracterizam o DSEI-ARN.

ARRANJOS DE GESTÃO, CONTROLE SOCIAL E RELAÇÕES POLÍTICAS NO DSEI-ARN

Acompanhando um pouco a história de implementação do DSEI-ARN e a constituição dos principais atores políticos atuantes, é possível destacar os níveis de exercício de *accountability* e também os modos informais de efetuação que operam ao lado dos modos formais e cuja influência remete às origens dos DSEI no final da década de 1990.

Em 1997, a partir da II Conferência Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira (AM), iniciou-se um processo de articulação interinstitucional para a elaboração de uma proposta de organização dos serviços de saúde. Tal processo tornou-se possível devido à intensa participação de representantes indígenas vinculados à FOIRN e de profissionais de saúde ligados a organizações e entidades de saúde locais (Athias; Machado, 2001).

Fundada em São Gabriel da Cachoeira em 1987, a FOIRN se consolidou como uma associação civil sem fins lucrativos, hoje composta por 89 associações indígenas que representam aproximadamente 750 comunidades. Participando de forma ativa do processo de constituição do DSEI-ARN, a FOIRN assume inicialmente a função de acompanhamento e controle social da aplicação de recursos públicos e da atenção à saúde prestada por ONGs não indígenas. Em 2002, passa também a responder pela prestação da atenção à saúde a 70% da população indígena local por meio de convênio, que vigorou até 2006, com a Funasa (Garnello, 2002). Segundo Renata Silva (2008), entre os principais motivos que levaram ao término do convênio encontram-se os problemas de gestão dos recursos, a dificuldade no diálogo com a

Funasa e a incapacidade de conciliar o papel de prestadora de serviços de saúde e o efetivo controle social da política pública.

A partir da criação da SESAI em 2010, o papel exercido pela FOIRN passa a ser estruturado na interlocução com o DSEI-ARN e o Ministério da Saúde (MS), para o encaminhamento de denúncias feitas por conselheiros e representantes de comunidades. Já o acompanhamento permanente da atenção prestada pelo DSEI-ARN passou a ser feito por dois assessores indígenas contratados pelo DSEI e indicados pelo movimento indígena. Estes contribuem para a realização de assembleias e demais atividades de controle social, auxiliando cotidianamente o presidente do CONDISI e os conselheiros distritais de saúde.

Ao final de 2012, o DSEI-ARN tornou-se unidade gestora, com a finalidade de executar ações de saúde de forma direta e com autonomia administrativa. O único convênio mantido com uma ONG foi firmado diretamente entre a SESAI e a Missão Evangélica Caiuá e tem por objetivo a contratação de profissionais de saúde para o DSEI e o financiamento das reuniões dos conselhos locais e distrital de saúde. A partir de 2013, os médicos do DSEI passaram a ser contratados por meio do Programa Mais Médicos do MS.

Com poucos servidores federais atuando principalmente nas áreas administrativas e sem recursos humanos qualificados e em quantidade para realizar as compras de equipamentos e insumos e também a contratação de serviços necessários para as ações de saúde, o DSEI continuou enfrentando diversos problemas para a execução das ações de saúde. No início de 2017, por exemplo, havia apenas sete botes com motor para a assistência em 25 polos-base, acessíveis em sua quase totalidade apenas por via fluvial.

A constante troca de coordenadores do DSEI e a baixa capacidade de planejamento agravam a situação. O Plano Distrital 2016-19, principal instrumento de pactuação das ações de saúde a serem realizadas no DSEI, está incompleto e apresenta planilhas extensas de difícil compreensão, o que dificulta o acompanhamento por parte dos usuários. Soma-se a isso o fato de que as reuniões dos CLSI e as capacitações dos conselheiros não foram realizadas conforme programado, devido à falta de transporte para os conselheiros. E, apesar das reuniões do conselho distrital terem ocorrido regularmente, a atuação do CONDISI vem sofrendo constantes críticas por sua omissão diante dos problemas do DSEI.

Os vazios assistenciais, períodos nos quais as comunidades permanecem sem receber visitas das equipes de saúde, tornaram-se cada vez mais frequentes. Sem a presença regular de equipes, houve um aumento na incidência de agravos sem resposta, o que levou a uma série de tentativas de articular “para cima” a reivindicação de uma resposta das autoridades do SASI-SUS. Estas foram lideradas pela FOIRN, mas

a essa altura o movimento indígena já não tinha relação estreita com o CONDISI, que havia facilitado sua atuação em prol de *accountability* em outras épocas da história do DSEI. A FOIRN se distanciara do controle social institucionalizado, em decorrência de uma série de mudanças no cenário político local.

A importância dessas mudanças ficou evidente durante as eleições realizadas em outubro de 2017 para a presidência do CONDISI. O candidato da FOIRN (um diretor da federação com ampla experiência em atividades de controle social) foi derrotado por um prático de voadeira que nem sequer fazia parte do grupo de representantes indígenas “usuários” na composição do conselho. Essa tentativa frustrada da FOIRN de assumir a presidência do CONDISI ocorreu na sequência da igualmente frustrada manobra para fazer com que um ex-diretor da FOIRN fosse indicado para assumir a coordenação do DSEI. Além disso, esse ex-diretor, à época exercendo a função de apoiador técnico do DSEI, foi demitido do quadro de funcionários, e os assessores indígenas do DSEI (indicados anteriormente pela FOIRN) foram destituídos de seus cargos.

O candidato vitorioso nas eleições para a presidência do CONDISI foi apoiado pela coordenação do DSEI e pelas prefeituras municipais da área de abrangência do DSEI. Um jovem enteado do então prefeito de São Gabriel da Cachoeira assumiu uma das vagas de assessor indígena, tendo a outra sido destinada a uma liderança mulher não indicada pela FOIRN. Isso aponta a crescente importância das redes político-partidárias municipais e regionais na gestão da saúde indígena no rio Negro. Assim, ao lado do “*political accountability*”, revela-se a importância da operação informal de redes clientelísticas de apoio político.

Esse processo de partidarização e municipalização havia começado com a própria FOIRN. Se até 2008 era possível notar uma postura de imparcialidade da FOIRN com relação às disputas político-partidárias, naquele ano a vitória de uma importante liderança indígena para a prefeitura de São Gabriel parece ter alterado esse quadro. A FOIRN, cujos membros sempre tiveram filiações partidárias variadas, passou a indicar um candidato como representante dos interesses do movimento.

Em 2016 a cidade voltou a ter um prefeito indígena eleito, mas dessa vez o apoio do movimento não foi consensual, visto que este apresentava uma atuação abertamente crítica à FOIRN. Suas críticas devem-se principalmente à falta de apoio dado pela organização às atividades mineradoras e à legalização da mineração em terras indígenas, pois o prefeito foi eleito tendo como uma de suas principais promessas de campanha a legalização do garimpo em terras indígenas.

A politização partidária do movimento indígena começa a ser percebida também dentro do DSEI-ARN, com cargos indicados por

deputados estaduais, vereadores e pelo prefeito. A gestora indígena do DSEI-ARN, que assumiu em agosto de 2017, havia sido secretária municipal de Saúde e, em outubro do mesmo ano, firmava, na assembleia do CONDISI, o compromisso de efetuar parcerias entre o DSEI e as prefeituras de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel e Barcelos, o que normalmente não acontecia.

A assembleia contou com a presença dos três prefeitos e dos secretários municipais de saúde. Em seus discursos, enfatizavam a própria capacidade de mobilização de recursos federais por emendas que seriam incluídas no Orçamento Geral da União por parlamentares aos quais eles têm acesso por meio das redes não só partidárias, mas também religiosas. Esses deputados aliados são membros da chamada “Bancada da Bíblia” e ligados aos políticos locais por meio de igrejas evangélicas, que também contam com membros na coordenação e na equipe técnica do DSEI.

As mudanças recentes observadas no DSEI-ARN e no CONDISI sinalizam um processo de crescente influência político-partidária e religiosa na composição dos quadros técnicos e de gestão do DSEI, e da instância de representação do controle social. As parcerias entre DSEI e prefeituras também apontam para uma apropriação, por parte das gestões municipais, de cargos e, possivelmente, de recursos financeiros e/ou logísticos que constituem um valioso capital da instituição de saúde aos olhos dos atores políticos locais e regionais, sobretudo em períodos de campanha política.

Ao mesmo tempo ocorre o enfraquecimento da participação da FOIRN no CONDISI e de sua capacidade de exercício do controle social. Tendo pouca clareza quanto às diferentes instâncias de exercício do controle social no âmbito do DSEI-ARN, as comunidades passaram a depender do movimento indígena para encaminhar denúncias, uma vez que não notavam que os encaminhamentos feitos por meio do CLSI e do CONDISI tivessem surtido efeito. A análise de uma denúncia que partiu de lideranças de comunidades da região do Médio Tiquié permite observar um pouco melhor como se dá essa busca de *accountability* de modo vertical por vias paralelas, diante da impossibilidade das comunidades de terem a “voz” de seus representantes locais no controle social ouvida nas instâncias superiores.

MOBILIZANDO “ACCOUNTABILITY” “PARA CIMA”?

Em 2016, face a uma crescente epidemia de malária, intervalos de mais de seis meses entre as visitas das equipes às comunidades e falta de medicamentos para o tratamento dos pacientes, lideranças de quatro comunidades pertencentes a uma associação indígena local com atuação na região de abrangência do Polo Base de São José II,

a Organização Indígena para o Desenvolvimento Sustentável Local (OIDSL), reuniram-se na comunidade Maracajá e redigiram uma carta-denúncia intitulada “SOS”. Esta foi encaminhada à FOIRN e ao DSEI-ARN, denunciando a omissão do controle social institucionalizado e a falta de respostas adequadas por parte dos gestores.

A diretoria da FOIRN acolheu a carta “SOS” e a incluiu no relatório de denúncia que encaminhou à SESAI e ao Ministério Público Federal. A denúncia alcançou o Conselho Nacional de Saúde (CNS), após uma articulação da FOIRN com o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que assessora a SESAI, e a CISI, que assessora o CNS. A CISI resolveu então realizar, em São Gabriel da Cachoeira, a sua 93ª Reunião, e constatou a situação caótica do DSEI, levando o CNS a exigir da SESAI ações concretas, o que levou à elaboração de um Plano de Ação Emergencial.

Como a Figura 2 ilustra, quando a denúncia foi encaminhada ao CONDISI, não seguiu para nenhuma instância superior, apesar da gravidade da situação e da necessidade de se envolver a SESAI. No entanto, quanto chegou à FOIRN, alcançou os níveis mais altos de controle social do SASI-SUS, levando à responsabilização da SESAI e à elaboração de um Plano Emergencial junto ao DSEI-ARN.

Na preparação do Plano Emergencial, a ênfase foi dada à construção de infraestruturas físicas e à aquisição de insumos e equipamentos, além da contratação de serviços de helicóptero para facilitar a remoção de pacientes graves das comunidades do interior para o hospital de São Gabriel. Além disso, a atuação dos assessores indígenas e do apoiador técnico indicado pela FOIRN levou à inclusão de demandas que iam no sentido do princípio da interculturalidade previsto pela PNASPI, entre elas a realização de um projeto para valorização dos saberes e práticas da medicina indígena e uma série de ações visando ao fortalecimento do controle social (*Plano de Ação Emergencial*, 2017).

No momento de implementação do plano, o aporte de recursos atraiu a atenção da gestão municipal e das redes políticas regionais, que passaram a exercer influência política direta nos cargos de gestão e controle social do DSEI-ARN. Em 2017, além da regularização das atividades de resgate fluvial com botes, iniciou-se um contrato para a realização de resgates aéreos. A pressão por disponibilizar recursos do DSEI (inclusive para transporte aéreo e fluvial) para fins eleitorais aumentou à medida que as eleições se aproximavam. Isso contribuiu para a demissão, em 2018, da gestora do DSEI. Segundo interlocutores, foi resultado de uma discordância da gestora com as próprias redes políticas que haviam apoiado sua indicação em 2017, e não por problemas de desempenho técnico. No meio dessa corrida para implementação de atividades de maior visibilidade e/ou utilidade política,

CONCLUSÃO: A DESCENTRALIZAÇÃO INCOMPLETA E A RESPONSABILIZAÇÃO INEFICAZ

Segundo J. Fox, a “estratégia de integração vertical” é possível quando usuários locais conseguem fazer uso sistemático de canais de acesso às instâncias superiores para a busca de seus direitos, por meio da ação de movimentos sociais e outros (Fox, 2015). Essa estratégia se torna cada vez mais necessária em contextos de descentralização da gestão das políticas públicas, pois a literatura indica que há uma tendência quase universal para os processos de repasse de recursos e responsabilidades aos níveis mais baixos do Estado favorecerem sobretudo elites locais, que muitas vezes usam esses recursos e responsabilidades para consolidar seu poder em relação a grupos marginalizados (Manor, 1999). Esses grupos devem, portanto, desenvolver estratégias de “integração vertical” para garantir a construção de relações de *accountability* que funcionem para assegurar os seus direitos.

A “integração vertical” depende da eficácia dos representantes políticos e mediadores interculturais que transitam entre diferentes espaços locais e diferentes níveis acima do local, realizando a conexão entre espaços e atores de forma horizontal e vertical. A mediação horizontal na saúde indígena tem forte conteúdo de interculturalidade ou “intermedicalidade” (Follér, 2004) e constitui um terreno no qual os AIS (Agentes Indígenas de Saúde) são os operadores mais importantes. A mediação vertical também tem uma forte componente de interpretação/tradução intercultural, mas esta existe ao lado de outros aspectos, como a mobilização da base e a obtenção e socialização estratégica de informações privilegiadas dos espaços de poder. Nesse terreno, os operadores mais importantes são as lideranças etnopolíticas. Estas podem estar institucionalmente localizadas nos conselhos, nas organizações do movimento indígena ou em ambos. Neste artigo, mostramos como as lideranças indígenas da região do Alto Rio Negro vêm se dividindo politicamente entre os espaços do movimento social, do controle social institucionalizado e da política municipal, minando a capacidade de agir de forma coordenada em múltiplos espaços no esforço para construir uma *accountability* eficaz, face às falhas do DSEI em garantir os direitos à saúde da população indígena local.

Essa divisão faz com que o controle social indígena local esteja longe de ser assegurado, apesar do sucesso inicial da estratégia “verticalmente integrada” de mobilização das comunidades locais da região do Polo Base de São José II para buscar *accountability* por meio da FOIRN. Como vimos, a implementação do Plano Emergencial que resultou dessa estratégia foi apenas parcial, e os componentes de interesse das

redes político-partidárias alcançaram um nível muito maior de realização do que aqueles propostos pelas comunidades dentro de uma lógica de afirmação da interculturalidade. A eficácia da FOIRN em levar a denúncia da carta “SOS” às instâncias superiores de controle social do SASI-SUS não foi seguida pela mesma eficácia no monitoramento da implementação do Plano Emergencial, e o controle social institucionalizado tampouco foi capaz de assegurá-lo.

A FOIRN foi o ator central desse processo de busca “verticalmente integrada” de *accountability*, aproveitando a capacidade de articulação política que o movimento havia construído ao longo dos anos e a credibilidade que tinha em nível nacional. No entanto, quando tentou dar sequência a essa mobilização “para cima” com a retomada do seu papel histórico de *accountability* local, por meio da afirmação de sua liderança no CONDISI, o movimento sofreu um revés bastante significativo. O que indica que, embora apresente legitimidade política externa, no interior do DSEI-ARN, a FOIRN não reverteu o distanciamento da “base” (comunidades) de modo a pressionar seus representantes no CONDISI a apoiar o movimento cuja ação levou à elaboração do Plano Emergencial.

A alocação de recursos adicionais pelo governo federal para assegurar a implementação do plano se transformou em mais uma oportunidade de consolidação do poder de influência de outras redes políticas municipais “verticalmente integradas”, cujos posicionamentos políticos historicamente têm sido de oposição ao movimento indígena. Essa “integração vertical” das redes políticas alcança a própria SESAI, que não está imune ao assédio de políticos que buscam, incessantemente, possibilidades de apoiar seus partidos com a indicação de profissionais e ocupação de cargos do DSEI. Lembrando que a influência sobre o DSEI é estratégica para os municípios que, desde sempre, apresentam os mais diversos interesses sobre os territórios indígenas.

Diferentemente da forte influência exercida por representantes políticos, o controle social do distrito não consegue estabelecer um diálogo permanente com o nível central, onde estão sendo efetivamente tomadas as decisões que interferem na condução das ações do DSEI. Nesse contexto, a lacuna deixada pelo distanciamento entre o nível de atuação do controle social e o de tomada de decisão tornou-se um terreno fértil para a realização de complexas parcerias entre usuários e agentes políticos locais, e destes com o DSEI.

A reação dos usuários aconteceu por vias alternativas de controle social e foi capaz de dar visibilidade aos problemas e provocar reações dos gestores. Essa mobilização, porém, não conseguiu mudar as práticas de atenção e gestão do DSEI no sentido de resgatar a interculturalidade e o controle social. Indicadores de melhoria da atenção

prestada pelo DSEI-ARN passaram a ser medidos não em termos das vozes dos beneficiários, conselheiros e AIS, mas de quantidade de estruturas físicas, equipamentos, aparelhos de radiofonia, recursos humanos contratados e dados epidemiológicos coletados — sendo estes últimos remetidos ao nível central mas não apresentados ou analisados localmente.

Observou-se, neste artigo, a ênfase por parte do DSEI-ARN na busca de sustentação no sistema político, e não no diálogo com as comunidades e com o movimento indígena ou na melhoria da qualidade da atenção conforme preconizado pela PNASPI. Em suma, há uma predominância de *accountability* política sobre a social e a gerencial. A sustentação do comando do DSEI depende cada vez mais do estabelecimento de laços com gestores municipais, que incluem a distribuição de cargos da instituição, e da celebração de alianças assentadas em critérios religiosos (fortalecimento de redes evangélicas), político-partidários (indicações de cargos por políticos) e de parentesco (ligações familiares entre prefeito e ocupantes de cargos estratégicos no DSEI).

De forma diversa de contextos nos quais o bom desempenho na prestação de serviços de saúde pode resultar em retorno eleitoral (votos), no SASI-SUS os gestores dependem de indicação, não de eleição. Na ausência de controles gerenciais efetivos, seu desempenho acaba não sendo o principal fator determinante de sua permanência no cargo. O caso da gestora demitida em 2018 mostra que, na ausência de articulação com o controle social, o peso das redes políticas é suficiente para tirar um quadro que não esteja servindo aos objetivos dessas redes, mesmo quando a gestão demonstre alguns indicadores positivos de desempenho técnico.

Se as denúncias no âmbito federal mostraram a força e capacidade de articulação da FOIRN em esferas supralocais, a derrota na eleição à presidência do CONDISI e a demissão dos assessores indígenas indicados revelam a perda de eficácia e do protagonismo da organização nos níveis local e regional. A “integração vertical” da FOIRN, portanto, estende-se para cima e não para baixo, no vínculo entre os dirigentes da organização e as comunidades que formam sua base. Essa mesma falta de articulação “para baixo” está evidente na atuação dos conselheiros, que, na ausência de apoio do DSEI ao seu deslocamento para visitar regularmente as diferentes comunidades residentes nas suas extensas áreas de representação, ficam impossibilitados de exercer a mediação política entre comunidades e CONDISI.

Sem a legitimidade que vem do contato regular com a população indígena usuária dos serviços de saúde, organizações do movimento indígena, como a FOIRN, e instâncias de controle social, como o

CONDISI, enfrentarão sérias dificuldades em assegurar *accountability* na gestão dos serviços. Sem o compromisso do gestor federal em privilegiar a articulação com o movimento indígena e o controle social em vez da aliança com redes partidárias, não há possibilidade de efetivar uma “estratégia sanduíche” de responsabilização eficaz, capaz de fazer frente ao poder que essas redes exercem no nível local, e de assegurar a transformação na qualidade da gestão e da atenção que será necessária para reverter as iniquidades que hoje caracterizam a saúde da população indígena brasileira.

LUCIANA BENEVIDES FERREIRA [<http://orcid.org/0000-0001-7939-0846>] é doutora em bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, professora do curso de medicina do Uniceub e pesquisadora associada da Associação Saúde Sem Limites. Foi responsável por entrevistas, pesquisa de campo, levantamento e análise documental. Foi também corresponsável pelos argumentos do artigo e pela redação.

DANILO PAIVA RAMOS [<https://orcid.org/0000-0002-3169-504X>] é doutor em antropologia pela Universidade de São Paulo, professor do departamento de antropologia e etnologia da Universidade Federal da Bahia e pesquisador associado da Associação Saúde Sem Limites. Foi responsável pela pesquisa de campo, entrevistas de grupos focais, preparação e análise de dados. Foi corresponsável pelos argumentos do artigo e por sua redação.

ALEX SHANKLAND [<https://orcid.org/0000-0003-4553-1676>] é doutor em estudos do desenvolvimento pela Universidade de Sussex, investigador principal do projeto Unequal Voices: Accountability for Health Equity in Brazil and Mozambique (financiado pelo Economic and Social Research Council e Department for International Development), pesquisador do Institute of Development Studies (IDS) e pesquisador associado da Associação Saúde Sem Limites. Foi responsável por entrevistas, pesquisa de campo, elaboração teórico-conceitual e análise de dados. Foi corresponsável pelos argumentos do artigo, pela organização dos dados mencionados e pela sua redação.

Recebido para publicação
em 9 de janeiro de 2019.

Aprovado para publicação
em 26 de julho de 2019.

NOVOS ESTUDOS

CEBRAP

114, mai. — ago. 2019

pp. 351-369

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, I. et al. “Indigenous and Tribal Peoples’ Health (The Lancet—Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study”, *The Lancet*, v. 388, n. 10.040, 2016, pp. 131-57.
- Athias, R.; Machado, M. “Saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários”. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n. 2, mar.-abr./2001, pp. 425-31.
- Benevides Ferreira, L. *O controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética*. Tese (doutorado) — Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2012.
- Benevides Ferreira, L.; Taveira, Z. Zambelli. *Controle social, gestão e redução das iniquidades em saúde no Alto Rio Negro*. Relatório de Pesquisa. Associação Saúde Sem Limites, 2017.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 02/08/2019.
- Buchillet, D. “Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro”. In: Garnelo, L.; Langdon, J. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.
- Follér, M. “Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. In: Garnelo, L.; Langdon, J. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.
- Fox, J. A. “Social Accountability: What Does the Evidence Really Say?”. *World Development*, v. 72, ago. 2015, pp. 346-61.
- Garnello, L. *Poder, hierarquia e reciprocidade*. Tese (doutorado) — Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2002.
- Gondim, S. “Grupos focais como técnica de investigação qualitativa”. *Paidéia*, v. 12, n. 24, 2003, pp. 149-61.
- López Franco, E.; Dumangane, S. *N’weti’s Community Scorecard Experience in Nampula: A Case Study*. Brighton: IDS, 2015.

- Manor, J. *The Political Economy of Democratic Decentralization*. Washington, D.C.: World Bank, 1999.
- Nelson, E. et al. "Accountability for Health Equity: Galvanising a Movement for Universal Health Coverage". *IDS Bulletin*, v. 49, n. 2, 2018.
- O'Donnell, G. "Accountability horizontal e novas poliarquias". *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 44, 1998, pp. 27-54.
- Plano de Ação Emergencial*. São Gabriel da Cachoeira: DSEI-ARN, 2017.
- Pontes, A. L. *Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da política de saúde indígena*. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- Shankland, A. *Speaking for the People: Representation and Health Policy in the Brazilian Amazon*. Tese (doutorado) – Institute of Development Studies, University of Sussex, 2010.
- Silva, R. *Saúde indígena na Amazônia brasileira*. Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.
- Wild, L. et al. *CARE's Experience With Community Score Cards: What Works and Why?*. Londres: ODI, 2015. Disponível em: <Disponível em: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9451.pdf>. Acesso em: 02/08/2019.

