

A Antropologia e os Direitos Indígenas

Antropologia e saúde indígena – 60 anos da ABA¹

Carla Costa Teixeira²

Esta apresentação tem o objetivo de traçar um panorama da consolidação da saúde indígena como um problema de pesquisa nas ciências sociais e a importância dos antropólogos nesse processo que, conforme argumentarei ao longo de minha fala, se deu em articulação com a construção da saúde indígena como agenda política relevante no Brasil. Nesse momento em que celebramos os 60 anos de nossa associação, é importante compreender o papel que a Associação Brasileira de Antropologia tem desempenhado nessa interface entre debate acadêmico e atuação política.

De início, gostaria de explicitar que o levantamento que orientou as reflexões aqui desenvolvidas considerou não apenas a produção dos programas de pós-graduação, mas também as redes de pesquisa institucionalizadas e aquelas que se articulam em congressos e seminários. Dessa forma, atentamos para o fato de que a antropologia não se faz apenas nos espaços universitários, mas também por meio de antropólogos inseridos em diferentes instituições governamentais e não governamentais e que, nesses eventos, têm a oportunidade de pôr em diálogo diferentes perspectivas e formas de produzir conhecimento em antropologia. Tomo como base reflexões realizadas em colaboração com Cristina Dias da Silva, com as devidas atualizações e adequações a este seminário.³

Ao começarmos a investigar a produção sobre saúde indígena no Brasil, verificamos que sua relevância é recente nas ciências sociais

1 O presente texto foi escrito para o seminário de celebração dos 60 anos da Associação Brasileira de Antropologia, realizado em agosto de 2015 na Universidade de Brasília. Para esta publicação, optei por manter o tom coloquial que distingue as comunicações orais, fazendo apenas as atualizações necessárias à sua leitura cerca de dois anos depois.

2 Departamento de Antropologia da UnB. Diretora, gestão 2015–2016.

3 Para os interessados no detalhamento do mapa que traçamos e que se encontra aqui parcialmente reproduzido, conferir Teixeira, C.; Dias da Silva, C. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico* 2012/I. [s. l.], 2013.

e na saúde coletiva, sendo marcada, contudo, por um crescimento rápido e consistente. Assim é que, em consulta à base de teses e dissertações da Capes, descobrimos que, na década de 1990, foram produzidas apenas seis dissertações sobre saúde indígena em antropologia e oito dissertações e uma tese em saúde pública – num total de 31 dissertações e teses sobre o tema no período. Se a saúde indígena não era um recorte de investigação relevante para a antropologia, principalmente se considerarmos que, apenas entre 1996 e 1999, foram produzidas 305 dissertações e 91 teses em antropologia,⁴ tampouco era uma questão para os estudiosos da saúde pública no Brasil. Como veremos, essa marginalidade dos indígenas no campo de debate da saúde pública tem raízes históricas profundas.

A primeira década do século XXI mudaria esse panorama, registrando uma explosão de investigações no tema: 282 teses e dissertações sobre saúde indígena com diferentes inserções disciplinares – direito, genética, psicologia, enfermagem, geografia, nutrição, história, odontologia, educação, desenvolvimento sustentável, linguística etc. Nesse período, os programas de saúde pública ou saúde coletiva, com destaque para a Fiocruz, consolidaram sua liderança nesse campo (77 teses e dissertações). Já os programas de ciências sociais – ciências sociais, antropologia, sociologia, política pública/social – ampliaram sua produção para 36 teses e dissertações. Contudo, se tomarmos uma concepção menos restritiva de ciências sociais e incluirmos abordagens afins como, por exemplo, os programas de pós-graduação em direito, história, geografia, administração e governo, sociedade e cultura e saúde e desenvolvimento, esse número se eleva para 64 teses e dissertações – bem próximo da produção dos programas de saúde pública e coletiva.

Considerando que não se pode analisar a importância da antropologia nos estudos de saúde indígena apenas por essa expressão quantitativa, o que pretendemos com esses argumentos é tomar essas proporções como indicadores de algumas tendências nas investigações em saúde indígena desenvolvidas nas pós-graduações brasileiras nas duas últimas décadas: (1) ampliação significativa da

4 Seyferth, G. O papel do financiamento e da avaliação na constituição do campo disciplinar. In: Trajano Filho, W.; Ribeiro, G. L. (Orgs.). *O campo da antropologia no Brasil*. [s. l.]: Contracapa: ABA, 2004. p. 102.

produção; (2) diversificação das abordagens disciplinares; (3) liderança crescente dos programas de saúde pública e coletiva; (4) consolidação dos programas de ciências sociais (em sentido amplo) entre os que mais produzem sobre o tema.

Com isso em mente, exploramos inicialmente o banco de dados de teses e dissertações da Capes e investigamos os grupos de pesquisa registrados no CNPq a fim de esboçar um panorama da produção das ciências sociais sobre o tema e qualificar o lugar da produção antropológica. Depois inserimos esses números em contextos mais abrangentes que nos possibilitam compreendê-los como parte de um processo que se insere simultaneamente nas dinâmicas do campo científico e do campo político brasileiros.

O banco de teses e dissertações da Capes traz registros a partir de 1987. O que poderia ser um problema não se confirmou, pois a primeira tese – quando o descritor “saúde indígena” foi inserido no item “assunto” a ser pesquisado – surgiu em 1988.⁵ Em termos do conteúdo disponibilizado, quem já teve oportunidade de pesquisar no banco de teses e dissertações da Capes sabe do que estou falando, chama atenção o fato de nem todas as informações estarem completas e a impossibilidade de pesquisar as teses/dissertações por programa de pós-graduação. Se, com relação à primeira observação, a incompletude é responsabilidade de quem fornece as informações – ou seja, os programas de pós-graduação –, a segunda limitação é da própria estrutura do banco, que não permite, embora a informação exista, fazer levantamentos específicos por pós-graduação segundo sua inserção disciplinar. Caso se tente contornar essa dificuldade pela “área temática”, descobre-se que esta se refere ao diálogo teórico e/ou metodológico que o autor informa no resumo como sendo relevante no desenvolvimento de sua tese ou dissertação. Assim, a informação sobre se um trabalho foi desenvolvido ou não em um programa de antropologia, nosso recorte privilegiado aqui, só pode ser obtida por acesso à ficha individual de cada tese ou dissertação indexada.

5 Langdon, E. J. M. *The Siona medical system: beliefs and behavior*. Tese (doutorado em Antropologia). Tulane University, Department of Anthropology, 1974. Inserida no banco de teses da Capes em 1988.

Com relação aos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, identificamos 27 grupos através do tema saúde indígena na grande área ciências humanas, sendo 15 especificamente de antropologia e 11 grupos de pesquisa da saúde coletiva (com vários antropólogos entre seus integrantes). Disso já podemos começar a vislumbrar a importância da antropologia nesse campo.⁶

Para se entender esse incremento, é preciso, no entanto, inseri-lo em pelo menos dois horizontes mais abrangentes: (1) a ampliação dos programas de pós-graduação e do espaço de reflexão e troca de experiências de investigação propiciado pelas organizações científicas; (2) o processo de democratização no país e a implantação do Subsistema de Saúde Indígena. Se o primeiro se refere ao dinamismo que a pós-graduação viveu a partir de sua modernização nos anos 1960, o segundo contexto, a nosso ver mais relevante para a compreensão do processo em foco, se refere à Constituição de 1988 e aos seus desdobramentos tanto para os marcos legais dos direitos indígenas quanto da saúde como um direito universal. E aqui a forma de produção de conhecimento própria aos antropólogos – com sua inserção na vida cotidiana dos interlocutores e estabelecimento de relação de confiança – e a atuação da ABA intensificaram importantes redes de relações acadêmicas e políticas.

Muitos são os estudos sobre a importância da atual Constituição Federal para o reconhecimento do direito de os indígenas viverem segundo suas tradições, bem como para a afirmação legal de sua capacidade processual e, conseqüentemente, para o enfraquecimento do regime de tutela – entre os quais encontramos reflexões elaboradas por acadêmicos indígenas, com destaque para aquelas publicadas pelo Laced (Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento, PPGAS, MN, UFRJ) e pelo Cinep (Centro Indígena de Estudos e Pesquisas). Muitas são, também, as reflexões sobre o movimento de reforma sanitária e sua importância na construção do SUS e da universalização do direito à saúde. Pouco, entretanto, tem

6 Em pesquisa realizada em janeiro de 2017, foram identificados 16 grupos nas áreas das ciências humanas, ciências sociais aplicadas, linguística, letras e artes. Já nas ciências da saúde, foram 31 grupos, sendo 23 da saúde coletiva. O período de tempo entre os dois levantamentos é muito pequeno para que possamos apontar se haveria uma tendência clara ao predomínio da saúde coletiva ou se esse incremento expressa apenas uma oscilação temporária.

sido escrito sobre a centralidade desse processo político para a confluência entre relevâncias empíricas e prioridades de agenda de pesquisa que foi fundamental para o desenvolvimento não só das pesquisas das ciências sociais em saúde indígena, mas também para sua qualidade interdisciplinar e para a predominância de certos eixos de investigação. Para compreender tanto a interdisciplinaridade quanto as temáticas predominantes na saúde indígena é preciso, como dito anteriormente, averiguar outras formas de colaboração entre pesquisadores que não se expressam em teses e dissertações ou grupos de pesquisa do CNPq – como abordado até agora.

Rastrear a dimensão interinstitucional dessas redes é crucial e, justamente nesse percurso, a ABA revelou sua importância quando “garimpamos” a presença do tema da saúde indígena nos grupos de trabalho, nas mesas-redondas, nos simpósios etc. realizados nas RBA.⁷

A temática da saúde indígena esteve presente desde as primeiras reuniões da ABA. Já na segunda RBA, em 1957, Darcy Ribeiro proferiu, no primeiro dia, a palestra “Efeitos dissociativos da depopulação por epidemias entre os índios” – numa expressão clara da preocupação com o poder dizimador das doenças oriundas do contato que imperava no horizonte político e intelectual da época. Nem sempre, contudo, há referências explícitas a essa questão (a saúde indígena) na programação dos anais das RBA que se sucederam – daí a metáfora do garimpo utilizada. À medida que as reuniões passaram a congregiar um número cada vez maior de participantes e suas atividades se desdobraram em grupos de trabalho, fóruns, simpósios, minicursos etc., foi preciso consultar o detalhamento dessas atividades (nem sempre registradas nas programações) para localizar as investigações em saúde indígena em meio a outras reflexões: indigenismo, transformações indígenas, populações tradicionais e meio ambiente, perspectivas de gênero, comida e simbolismo, políticas públicas de saúde, curas espirituais, itinerários terapêuticos,

7 Outra linha de investigação importante para o mapeamento das conexões entre pesquisadores da antropologia entre si e com colegas oriundos de outros campos disciplinares seria o levantamento das coletâneas em saúde indígena. Contudo, tal empreendimento implica em esforços que extrapolam o escopo deste trabalho embora façam parte de nossa agenda de pesquisa.

corpo, saúde e doença, indígenas e participação nas políticas públicas. Embora esse espraiamento se mantenha até a reunião de 2014, os anos 2000 congregam um número maior de atividades focadas na saúde indígena, trazendo, portanto, o tema no seu próprio nome.

Sem dúvida, a ABA tem sido ponto de encontro para o debate sobre saúde indígena, oriundo tanto das perspectivas focadas nas concepções e práticas terapêuticas indígenas quanto daquelas dedicadas às relações políticas em que se inserem os processos de adoecimento e cura. A 27ª RBA (2010) contou com uma mesa-redonda sobre Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde Pública que, sob a coordenação de Jean Langdon (UFSC), articulou pesquisadores de universidades, instituições de pesquisa e órgãos de governo e um minicurso sobre saúde indígena coordenado por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz) e Jane Beltrão (UFPA). A 26ª RBA (2008) abrigou um grupo de trabalho intitulado Agentes de Diálogos e Participação Indígena nas Políticas Públicas coordenado por Márcia Gramkow (GTZ) e Maria Helena Ortolam (Ufam) que congregou dezenas de pesquisadores em seus três dias de reunião, com sete apresentações estritamente sobre saúde indígena. Nessa mesma RBA, ocorreram também dois simpósios especiais (atividades propostas pela diretoria da ABA): “Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes ideológicas”, coordenado por Carla Teixeira, da UnB – que resultou na publicação conjunta de autores da antropologia e da sociologia histórica em 2014;⁸ e “Demografia e antropologia: os povos indígenas no censo 2010”, promovido em conjunto com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais. A 25ª RBA (2006) já havia abrigado o diálogo entre antropologia e demografia com a mesa “Demografia e antropologia dos povos indígenas no Brasil: em busca de interfaces”, coordenada por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz). Nessa reunião, ocorreram também outras duas atividades sobre saúde indígena: (1) o simpósio especial “A política indigenista em debate (antropologia urgente)”, promovido pela Comissão de Assuntos Indígenas da ABA, cuja segunda sessão foi sobre saúde indígena (coordenação de Marco Lazzarin, UFG); e (2) o grupo de trabalho A Saúde e a Doença: Antropologia Aplicada à Saúde em Contextos Multiculturais, coordenado

8 Teixeira, C.; Garnelo, L. (Orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

por Sérgio Lerín (Ciesas, México) e Flávio Wiik (UFSC). Esse grupo de trabalho reuniu o maior número e a maior diversidade institucional de pesquisadores em saúde indígena, dentro e fora do país, jamais visto em outras RBA: 17 pesquisadores oriundos de universidades brasileiras e latino-americanas. Expressando a tendência de incremento observada ao longo da década, a 24ª RBA, reunida em 2004, abrigou vários trabalhos em saúde indígena em atividades focadas em questões afins e, especificamente em saúde indígena, ofereceu um minicurso sobre Antropologia, Políticas Públicas e Saúde em Territórios Étnicos, coordenado por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz) e Antonio Carlos de Souza Lima (MN/UFRJ).

Nesse percurso retroativo, há de se destacar a reunião de 2002, a 23ª RBA, com uma atividade que teve repercussões duradouras para o desenvolvimento das discussões e para o fortalecimento desse espaço dentro das reuniões brasileiras de antropologia. Trata-se do fórum de pesquisa Política de Saúde e a Intervenção Antropológica, coordenado por Jean Langdon (UFSC) e Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz), que resultou na coletânea *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, publicada em 2004 com chancela da própria ABA. Essa coletânea se transformou num marco para a reflexão antropológica sobre a saúde indígena e sobre a participação dos antropólogos em contextos externos à academia ao apresentar a diversidade de produções regionais no Brasil, na qual essa preocupação com as interfaces de ação entre saúde pública e saúde indígena se manifesta e se consolida como tema particularmente relevante para os antropólogos.

A partir desse cenário e da rede de relações que se formou no acúmulo das experiências desses atores, a análise das políticas de saúde indígena se tornaria frequente na década seguinte, tendo como tema principal a reestruturação da política de saúde indígena e os novos contornos das relações entre os povos indígenas e as instâncias governamentais de saúde. Assim, nos anos 2000, além dos trabalhos em saúde pública, a década correspondeu a um período de ampliação e diversificação dos estudos em saúde indígena, apresentando duas linhas de debate que são desdobramentos de um processo anterior de encontros entre análises e propostas metodológicas produzidas por antropólogos, por profissionais de saúde, por

acadêmicos da área de saúde pública e, de forma mais ativa recentemente, por acadêmicos e lideranças indígenas – há de se destacar aqui a importância do Cinep na promoção de cursos de formação, em articulação com o Laced e o DAN/UnB, nos quais a saúde indígena sempre esteve presente.

Uma linha de debate se insere nos estudos em etnologia indígena: são os estudos sobre processos de adoecimento e saúde, concepções de corpo e pessoa, práticas curativas etc. A segunda, que desponta com força no cenário acadêmico e das instituições governamentais, é a análise focada na interface entre instâncias estatais e saúde, evidenciada por estudos que problematizam a nova política de saúde indígena no formato dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e o chamado controle social, ou seja, a participação normativamente prevista dos indígenas nos conselhos locais e distritais de saúde indígena e no conselho nacional de saúde.

Se a história é tecida em decisões e adesões individuais e coletivas e em processos que lhe dão enquadramento, além da oportunidade de espaços de articulação interinstitucional promovido pelas sucessivas direções da ABA, é importante destacar que esse dinamismo da produção sobre saúde indígena é tributário também de outros contextos relevantes para a antropologia brasileira, com destaque para o marco legal da modernização das pós-graduações no Brasil. Datando dos anos 1950 e 1960, período em que a própria ABA surgiu, essa modernização propiciou algumas das condições necessárias para o surgimento do primeiro Programa de Pós-Graduação em Antropologia em 1968. Como exemplos de tal processo pode-se mencionar a reforma universitária e a criação da Capes e do CNPq (1951). A partir daí, ocorreu uma expansão consistente, registrada pelos 11 programas constituídos até os anos 1990 e pelo seu contínuo crescimento, atingindo a marca de 23 programas em 2015 (15 com mestrado e doutorado).

Assim, se é preciso ter clara a importância dos diferentes elementos que configuraram os contextos de produção de conhecimento em saúde indígena, resta agora aprofundar sua relação com o processo de construção da própria política nacional para a saúde indígena, no qual antropólogos e a própria ABA estiveram presentes.

Cabe destacar que, no processo histórico de construção da saúde pública durante a Primeira República (1889-1930) no Brasil, o indígena não fazia parte das populações interioranas eleitas como alvo das intervenções.⁹ Apenas na década de 1940, com a expedição Roncador-Xingu e as consecutivas aberturas de rodovias como a Belém-Brasília e a Transamazônica, a demanda por conhecer e produzir diagnósticos sobre as condições de saúde dos povos indígenas se tornou consistente. Os dois episódios que marcariam a entrada das populações indígenas no imaginário sobre o interior brasileiro e no horizonte das políticas nacionais de saúde foram a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1941 e do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), ligado ao SNT (Serviço Nacional de Tuberculose) e Noel Nutels, em 1956.

Entretanto, uma política de saúde indígena configurada em um sistema próprio, mas não no âmbito das agências tutelares do estado brasileiro – SPI e Funai –, surgiria apenas após a Constituição de 1988, um marco para toda a política de saúde feita no Brasil até então com a criação do Sistema Único de Saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, dois anos antes da nova Constituição, foi também a oportunidade para a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e já contava com a participação pioneira das antropólogas Maria Rosário de Carvalho (UFBA), Jean Langdon (UFSC) e Regina Muller (Unicamp). A vinculação explícita entre as duas conferências permitiu articulações importantes entre o movimento da reforma sanitária, o movimento indígena e os antropólogos. Para debater especificamente a problemática de um modelo de saúde próprio, foram realizadas outras quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena até o ano de 2013, período em que se formulou e se estabeleceu a implantação de um modelo de sistema de atendimento culturalmente diferenciado, com distintos modelos de gestão. Assim, em 2010, vimos a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), diretamente ligada ao Ministério da Saúde, retirando da Funasa (Fundação Nacional de Saúde) a responsabilidade de gestão

9 Hochman, G.; Silva, R. Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis: Endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. In: Teixeira, C.; Garnelo, L. (Orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 85-105.

da saúde e do saneamento indígena, num processo em que as lideranças indígenas desempenharam um papel fundamental. Articulados em suas organizações regionais, no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), obtiveram a criação de um grupo de trabalho ministerial para discutir um novo modelo de gestão da saúde indígena que resultaria na criação dessa secretaria. Cabe destacar que a ABA e a Abrasco estiveram presentes em todo esse processo, pois ambas tiveram assento na Cisi dos anos 1990 até 2015.¹⁰

Tal conformação interdisciplinar da própria política pública de saúde indígena expressa e reforça a disposição dos campos da antropologia e da saúde coletiva, através de trajetórias de pesquisadores e profissionais da saúde, ao diálogo produzido ao longo das últimas duas décadas, que tem se favorecido, como procuramos ressaltar, pela ampliação da produção acadêmica em saúde indígena, pela diversificação de abordagens disciplinares, pela liderança crescente dos programas de saúde pública e saúde coletiva e pela consolidação dos programas em ciências sociais. Isto é, as tendências verificadas dentro dos programas de pós-graduações, nos grupos de pesquisa e nas redes que se articulam nas reuniões da ABA demonstram haver um ambiente propício à produção e consolidação de uma interface de ação na saúde indígena, cujo processo de inclusão tem se realizado concomitantemente ao processo de produção de uma política de saúde diferenciada. Nesse processo, os antropólogos, individualmente ou por meio da ABA, têm contribuído com a sua *expertise* em consonância com as lideranças indígenas.

Se a Sesai foi vivida como uma vitória dos indígenas em suas diferentes formas de organização e participação, no ano de 2014, houve uma discussão que dividiu o movimento indígena. Refiro-me à proposta apresentada pela Sesai para criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI). Embora a Sesai não tenha tornado

10 A ABA deixou de indicar representação na Cisi em 2015 uma vez que, após 20 anos de titularidade, à associação foi reservada, sem nenhuma discussão, a suplência de uma representação não identificada claramente. Assim sendo, sua direção decidiu não mais fazer parte da Cisi por discordar do procedimento e considerando o processo político de esvaziamento dos espaços formais de participação social que estava em curso – e se acentuou após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Nessa mesma oportunidade, a Abrasco também deixou de apontar representante.

público o documento de criação do INSI, o debate se deu a partir de informações apresentadas pela Secretaria em reuniões e outros meios que vazavam, gerando pronunciamentos acalorados, principalmente contrários à proposta. Lideranças indígenas, Ministério Público Federal e organizações não indígenas aliadas históricas dos povos indígenas se dividiram a favor e contra a proposta. Aqueles que falavam em sua defesa alegavam que o instituto permitiria maior agilidade para contratação de pessoal sem necessidade de concurso público; os contrários chamaram o instituto de “paraestatal” e o acusaram de ser uma tentativa de privatizar a saúde indígena e de fugir à deliberação da ação civil pública de autoria do Ministério Público do Trabalho e do Ministério Público Federal que determina a realização do concurso público.¹¹ A informação que se tem é que o projeto de lei se encontrava, em 2015, na Secretaria da Presidência da República, aguardando para ser enviado ao Congresso, mas o aprofundamento da crise do país após a reeleição da presidenta Dilma Rousseff parece ter selado sua retirada da pauta de prioridades. Ainda no âmbito da discussão sobre gestão e política pública, foi criado um grupo de trabalho ministerial para revisão e discussão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº 20, de 17 de abril de 2015), cuja composição suscitou protestos das lideranças indígenas devido ao fato de os indígenas não deterem maioria dos assentos no GT, o que poderia gerar um documento final que não representasse suas posições. Ao longo de 2015, o GT teve dificuldade para se reunir também em função do agravamento da crise e parece ter sido desativado em consequência da redução de recursos financeiros no Ministério da Saúde sob a presidência de Michel Temer.

Contudo, há de se destacar a evolução orçamentária positiva da saúde indígena até 2015. Em reunião da Cisi em abril de 2015, a Sesai apresentou dados que mostram o incremento dos recursos, que passaram de cerca de R\$ 350 milhões em 2009 para R\$ 1 bilhão e 400 milhões em 2015, ou seja, um crescimento de 250%.

Tal incremento financeiro, no entanto, como se expressou na melhoria da saúde indígena? Essa é uma resposta difícil de se encontrar porque os dados da saúde indígena não são públicos. É necessário

11 Disponível em: <http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=7738>. Acesso em: 17 jan. 2017.

acionar a lei de acesso à informação, como têm feito vários pesquisadores, para obter dados epidemiológicos mais recentes, o que em si já merece reflexão e ação política no intuito de reverter essa impensável situação em contextos democráticos. Mas se considerarmos as frequentes denúncias na imprensa e nas redes sociais sobre a crise na saúde indígena, principalmente quanto à morbidade e mortalidade infantil e às condições de saneamento nas aldeias indígenas,¹² não há muito o que comemorar.

Já no que diz respeito à participação indígena permanente na discussão e no acompanhamento da política de saúde indígena, além da realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em dezembro de 2013 (sete anos após a 4ª Conferência), vale destacar que, desde 2006, as lideranças indígenas assumiram a coordenação da Cisi (comissão que assessora o Conselho Nacional de Saúde), ocupam dois assentos titulares no CNS, conseguiram ampliar sua participação em outras comissões assessoras (há pelo menos um representante indígena em cerca de metade dessas comissões) e têm conseguido pautar a saúde indígena como o segundo tema sobre o qual o CNS mais votou recomendações.¹³

Embora haja várias avaliações negativas sobre a efetivação das deliberações desses espaços de participação social com relação a diferentes políticas de governo, gostaria de argumentar que a compreensão da relevância da participação indígena nas instâncias dentro das estruturas estatais da gestão da saúde deve considerar sua eficácia num duplo registro intrinsecamente articulado: na atuação bem-sucedida na definição das políticas de saúde indígena (observadas nas recomendações anteriormente referidas, bem como no crescimento de recursos orçamentários para a saúde indígena) e no que concerne ao desenvolvimento da competência discursiva indígena nas negociações políticas com representantes de governo. Consiste, portanto, numa pedagogia política relevante e que parece estar

12 Disponível em: <http://racismoambiental.net.br/2014/09/18/sem-assistencia-criancas-indigenas-seguem-morrendo-por-diarreia-no-acre/>. Acesso em: 17 jan. 2017.

13 Teixeira, C.; Simas, D.; Costa, N. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1420>. Acesso em: 17 jan. 2017.

se desdobrando em demandas crescentes dos indígenas para assumirem cargos de gestão na saúde indígena, seja como assessores ou como profissionais de saúde.

Considerando, porém, a disjunção entre o reconhecimento político expresso na crescente participação social indígena na saúde e a desconsideração na efetivação dos direitos à saúde nas aldeias, surge a indagação sobre se a eficácia política das lideranças indígenas nas instâncias estatais continuará sem impactar positivamente a vida cotidiana daqueles a quem representam. Cientes desse desafio, as articulações políticas indígenas têm intensificado outros tipos de ação além das previstas na governança democrática (tais como ocupação do plenário da Câmara dos Deputados e de outros espaços públicos, organização anual do Abril Indígena etc.) a fim de garantir que o sucesso do protagonismo indígena na construção de políticas públicas de saúde e em outras se torne uma realidade imediata e duradoura na jovem democracia brasileira – em que pese a crescente vocalização de forças políticas contrárias aos direitos indígenas e outros direitos sociais e diferenciados, como temos observado nos últimos anos. Por fim, essa estratégia implica escolhas difíceis que parecem articular o aprofundamento de táticas de confronto em detrimento da ampliação da presença indígena em espaços de participação social e de administração do subsistema de saúde indígena – como parecia ser a tendência antes da crise política que culminou com o *impeachment* da presidenta.

