



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

RHENNOYRO CARNEIRO POMPEU

**REPRESENTAÇÃO INDÍGENA NOS CONSELHOS DE SAÚDE DO
MARANHÃO**

SÃO LUIS - MA
2024

RHENNOYRO CARNEIRO POMPEU

REPRESENTAÇÃO INDÍGENA NOS CONSELHOS DE SAÚDE DOMARANHÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção de grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

Co-orientadora: Prof^ª. M^a. Glenda Pereira Costa Silva.

SÃO LUÍS - MA
2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Carneiro Pompeu, Rhennoyro.

REPRESENTATIVIDADE INDÍGENA NOS CONSELHOS DE SAÚDE DO
MARANHÃO / Rhennoyro Carneiro Pompeu. - 2024.

31 f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Judith Rafaelle Oliveira
Pinho.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2024.

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Políticas de
Controle Social. 3. Povos Indígenas. 4. Sistema Único de
Saúde. 5. Saúde de Populações Indígenas. I. Oliveira
Pinho, Prof^a. Dr^a. Judith Rafaelle. II. Título.

Pompeu, R C. **Representação Indígena nos Conselhos de Saúde do Maranhão**. Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Monografia apresentada em: ___/___/____.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em: 09 /09/2024.
() APROVADO () REPROVADO

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Judith Rafaelle Oliveira Pinho
(Orientador)

Prof. Dr. José Ferreira Costa
(Titular)

Profª. Drª. Cadidja Dayane Sousa do Carmo
(Titular)

Profª. Drª. Aline Sampieri Tonello
(Suplente)

(Faça o bem sem olhar a quem!)

AGRADECIMENTOS

Obrigado meu senhor Deus, pela força, por teu carinho, pelo dom do amor, por nunca me deixar sozinho.

Agradeço muito à minha amada mãe Kassi Pompeu, meu eterno agradecimento por seu amor incondicional e apoio incansável, nada disso seria possível sem você, foi a pessoa que mais acreditou em mim. Ao meu falecido pai Soriano Valdir Pompeu, minha eterna gratidão por seus ensinamentos, legado e amor paterno, gostaria muito de receber seu abraço e te ver feliz com essa conquista, por muitas vezes senti o senhor do meu lado.

Agradeço aos meus irmãos, Cláudio Moreno, Kalwiro, Inawy, Inaiury, Kaiury e Iurik, aos meus sobrinhos e sobrinhas queridos, Kaleiren, Urukiw, Anahi, Weverton, Klinne, Wiki, Iuna, Soriano, Itaiwy, Kwarahy, Dhafne, Camile, Pietro, agradeço pela força, carinho e incentivo em todos os momentos que estivemos juntos.

Agradeço à minha linda esposa, Catarina, agradeço pelo amor, companheirismo, carinho, paciência e compreensão durante essa fase, superamos muitas coisas juntos. Às minhas filhas e meus filhos, Maria Fernanda, Rhainny, Mainny, Rhianny, Maya, Miguel e João, poder dar orgulho e um futuro melhor pra vocês foi uma grande fonte de inspiração, agradeço por cada sorriso e abraço. Ao meu neto José Felipe Ywytu, agradeço pela felicidade que você me proporciona sempre que te vejo.

Agradeço aos meus sogros, Vanilma e Aldimir, pelo acolhimento, carinho e apoio que sempre me deram.

Agradeço aos meus parentes indígenas, conquistar uma profissão que me proporcione levar atendimento odontológico de qualidade para meus parentes indígenas nas aldeias é uma realização pessoal, um objetivo e um sonho.

Agradeço ao Freddie Mercury, meu companheiro de quatro patas, meu cachorrinho que também já nós deixou, agradeço pela alegria e amor incondicional. Sua presença me alegrou e me deu conforto em momentos difíceis, por um bom tempo fomos só nós dois.

Agradeço aos professores e todos os funcionários do curso de Odontologia/UFMA, do zelador ao coordenador do curso, à turma 138, pelo acolhimento mesmo eu sendo de outra turma e já ter parado o curso algumas vezes. Agradeço à minha dupla de curso Hugo Sales, que foi meu parceiro nessa jornada!

Agradeço a minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Judith Pinho e a minha coorientadora Ma. Glenda Pereira, pelas orientações, ensinamentos e paciência que tiveram comigo.

Agradeço aos meus amigos verdadeiros, pelas mensagens de incentivo, pelo ombro amigo, por pedirem para sempre seguir em frente de cabeça erguida. Consegui!

RESUMO

O objetivo desse estudo foi discutir a representatividade indígena no segmento de usuários nos conselhos de saúde do Maranhão. Trata-se de um artigo de dados secundários. A pesquisa utilizou dados do IBGE – Censo 2022, para saber a quantidade e distribuição da população indígena nas cidades do estado do Maranhão e SIACS (Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde) para buscar o cadastro de Composição de Conselhos de Saúde nesses municípios e existência de representação indígena nesses conselhos, foi constatado que somente 3% dos municípios tem representação indígena nos Conselhos de Saúde do Município . Os dados coletados foram analisados no Excel para obtenção de frequência e transferidos para o TabWin para confecção de mapas. Por fim, os resultados do estudo destacam que dos 217 municípios do Maranhão, apenas 7 cidades possuem Representação Indígena no Conselho de Saúde Local, sendo elas Amarante do Maranhão, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras e Maranhãozinho. Apesar dessa representação ser garantida por lei, existe cidade com grande população indígena e sem presença de representantes indígenas no conselho de saúde no município; foi observado ainda que parece não se considerar a variação de diferentes tribos e terras indígenas na representação.

Palavras-chave: Reforma dos Serviços de Saúde; Políticas de Controle Social; Povos Indígenas; Sistema Único de Saúde, Saúde de Populações Indígenas.

ABSTRACT

The objective of this study was to discuss indigenous representation in the segment of users in health councils in Maranhão. This is a secondary data article. The research used data from IBGE – Census 2022, to find out the quantity and distribution of the indigenous population in the cities of the state of Maranhão and SIACS (Health Council Monitoring System) to search for the registry of Composition of Health Councils in these municipalities and existence of indigenous representation in these councils, it was found that only 3% of municipalities have indigenous representation in the Municipal Health Councils. The collected data was analyzed in Excel to obtain frequency and transferred to TabWin to create maps. Finally, the results of the study highlight that of the 217 municipalities in Maranhão, only 7 cities have Indigenous Representation in the Local Health Council, namely Amarante do Maranhão, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras and Maranhãozinho. Although this representation is guaranteed by law, there is a city with a large indigenous population and no presence of indigenous representatives on the municipal health council; it was also observed that the variation of different tribes and indigenous lands in the representation does not seem to be considered.

Keywords: Health Care Reform; Social Control Policies; Indigenous Peoples; Unified Health System; Health of Indigenous Peoples.

SUMÁRIO

1 – Introdução	10
2 - Fundamentação teórica	12
2.1 – O Caminho para o Controle Social em Saúde no Brasil.....	12
2.2 - Institucionalização do Controle Social no SUS	13
2.3 - Histórico do Sistema de Saúde Indígena e sua relação com o Controle Social....	15
3 - Objetivos	18
3.1 – Geral	18
3.2 – Específicos	18
5 - Metodologia.....	20
6 - Resultados	20
7 – Discussão	26
8 – Considerações Finais.....	28
Referências	Error! Bookmark not defined.

1 – Introdução

Em sociologia, a expressão Controle Social é usada por diversos autores para nomear “os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo”, também é definido como “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”. O termo também é utilizado por alguns autores para nomear o controle que o Estado exerce sobre a sociedade por meio de suas instituições com o objetivo de evitar conflitos sociais. O controle social tem sido amplamente debatido por diversos segmentos da sociedade. Mas, com um significado contrário ao citado acima, agora como o controle que a população deve ter sobre as ações do Estado, graças ao processo de democratização no Brasil iniciado na década de 80. Atualmente o Controle Social passou a envolver a capacidade que a sociedade civil tem de participar na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade (CORREIA, 2000).

A política social brasileira surge em um momento de “cidadania em recesso”, sem o envolvimento dos beneficiários, onde não existia o controle público e as políticas são administradas de modo burocrático, sem diálogo com os interessados. O início do século XX, teve como marca um Estado liberal, patrimonialista, excludente, sem compromisso com as demandas sociais. A partir de 1930, como os conflitos e mobilizações sociais crescentes o estado brasileiro usa como solução uma aliança conservadora, mas politizando as questões sociais e trabalhistas, assume e possibilita o desenvolvimento econômico e social, manobra conhecida como “pacto corporativo”. A partir dos anos 1970, surgem novos atores (movimentos sociais e organizações não governamentais) trazendo outras reivindicações, e tornando insustentável o sistema de representação usado até então (GURGEL, 2013).

Com a chegada do Golpe Militar de 1964, a época da ditadura militar no Brasil, foi uma época de grandes conflitos e desigualdades sociais, um governo para poucos, onde não existia o SUS e os movimentos populares passaram a reivindicar melhorias em diversas políticas públicas incluindo a saúde (ABRUNHOSA *et al.*, 2020).

No mesmo contexto, PONTES *et al.*, (2019), descrevem que o golpe de 1964 favoreceu a desigualdade social e a concentração da renda e dos recursos nacionais para as grandes elites. As representações dos movimentos indígenas percebendo a necessidade de buscar caminhos para a garantia do reconhecimento de seus direitos ancestrais, direitos socioculturais, direitos territoriais, direito à própria existência, uniram forças junto ao movimento sanitário. Ser um defensor da vida e igualdade era se opor à ditadura militar.

Ainda durante a Ditadura Militar, como citado por, PONTES *et al.*, (2019), o Movimento da Reforma Sanitária evidenciava a relação íntima entre saúde e democracia, além disso, que não seria “possível melhorar o nível de vida da nossa população, enquanto persistisse nesse país um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário”.

Na década de 1986, o Brasil foi o precursor na área da saúde, ao trazer a participação social para a discussão das políticas públicas, tema debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o propósito de garantir aos setores preparados da sociedade a participação no desenvolvimento das políticas públicas do país e criação do SUS (SCALCO *et al.*, 2020).

Some-se a isto, a participação social foi institucionalizada e representada a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde, levando para o Estado uma nova forma de democratização da esfera pública, tornando mais presente a ação e participação da sociedade (COSTA *et al.*, 2013).

No Maranhão atualmente existem aproximadamente 52 mil indígenas, distribuídos em aproximadamente 700 aldeias, segundo dados preliminares do Censo 2022. Os povos indígenas que vivem no Maranhão pertencem à 17 etnias Krikati, Krepyn Katejê, Timbira, Canela Memörtumre, Canela Ramkokamekrak, Gavião Pukobjê, Krenjê, Guajajara, Ka’Apor, Awa Guajá, Gamela, Tremembé, Tikuna, Awrao, Anapuru Muypurá, Kariu Kariri e Tupinambá. As terras indígenas reconhecidas são Morro Branco, Pindaré, Governador, Porquinhos, Canela, Bacurizinho, Engenho, Taquaritiua, Krikati, Kreniê, Lagoa Cumprida, Cana Brava, Turiaçú, Awa, Pindaré, Carú, Araribóia, Rodeador, Vila Real e Geralda Toco Preto, localizadas nos municípios de Amarante, Araguanã, Arame, Barra do Corda, Bom Jardim, Bom Jesus das Selvas, Centro do Guilherme, Fernando Falcão, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras, Lajedo Novo, Montes Altos, Nova Olinda do Maranhão, Santa Luzia do Paruá, Sítio Novo e Zé Doca (SEDIHPOP, 2023). No contexto indígena, na década de 1990, surgiram organizações sociais indígenas importantes na luta pelo reconhecimento de suas identidades e de seus direitos constitucionais, conseguindo influenciar na organização da política de demarcação de terras, educação e saúde (SCALCO *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços à sua criação e implantação, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o controle social na saúde indígena ainda enfrenta diversos obstáculos para a sua real função, 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). A burocracia da organização social e política

da sociedade tornan-se um dos principais fatores para que as demandas da saúde indígena não sejam totalmente atendidas (FRANÇA, 2023).

O presente trabalho, tem como objetivo demonstrar a situação da Representação Indígena nos Conselhos de Saúde do Maranhão.

2 - Fundamentação teórica

2.1 – O Caminho para o Controle Social em Saúde no Brasil

O golpe militar de 1964 surgiu com algumas alegações básicas: restaurar a ordem social, política e econômica. O preço para recolocar a economia nos eixos, significou pouco a pouco a exclusão econômica da maioria da população. A insatisfação com o governo militar fez ressurgir a articulação dos movimentos sociais, e eram cada vez mais frequentes as denúncias sobre a situação de calamidade da saúde pública no país (SCOREL *et al.*, 2005).

Em 1968, a Lei da Reforma Universitária, incorporou a Medicina Preventiva no currículo das faculdades e tornou obrigatórios os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). Este novo campo da especialidade médica foi o ponto de partida para o surgimento e organização do Movimento Sanitário (SCOREL *et al.*, 2005).

O debate contra a elitização da prática médica, bem como a dificuldade da população em ter acesso aos serviços médicos, teve seu ponto máximo na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, onde se ratificou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a atribuição política dos governos, e se reconhece a sua determinação intersetorial (LIMA *et al.*, 2005).

A Reforma Sanitária no Brasil é identificada como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma tática política e processo de mudança institucional. Surgindo como parte da luta pela democracia, tendo conquistado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, surgiu como reação dos movimentos de reforma sanitária, que já vinham ganhando força em 1980. Esse momento propiciou que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, se tornasse um marco histórico na saúde pela sua participação popular (Vicente, 2019).

[...] a importância e a diferença que a 8ª Conferência Nacional de Saúde fez pela saúde pública deste país. Esta

reunião representou o marco de uma nova era para a saúde no Brasil, por alterar a composição dos delegados, incorporar a participação da sociedade civil e especialmente aprovar as diretrizes para a criação do SUS (ANGELONI *et al.*, 2013).

Estabelecer um sistema de saúde público e universal foi uma das maiores conquistas do povo brasileiro. Não teríamos esse avanço, sem a participação da sociedade civil na assembleia da 8ª CNS, que foi a expressão máxima do Movimento de Reforma Sanitária (ANGELONI *et al.*, 2013).

O SUS é o sistema de saúde vigente no Brasil desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Contendo princípios e diretrizes, sendo o princípio da universalidade do acesso, aquele que o caracteriza como modelo de atenção à saúde baseado na seguridade social, e uma cobertura universal. Este princípio garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde brasileiros de forma livre e gratuita, baseando-se na premissa de que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (PAVÃO, 2016).

A Constituição Federal de 1988, integrou as proposições do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconhecendo o direito à saúde como um dever do Estado, através da garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, abrangendo a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

O SUS trouxe avanços importantes, dentre eles a oferta de diversos programas, projetos e políticas com ótimos resultados para a população brasileira, que incluem a melhoria das equipes do Programa Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, do Programa de Controle de HIV/AIDS, avanço no atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, entre outros. Como desafios, podemos destacar os problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA *et al.*, 2010).

2.2 - Institucionalização do Controle Social no SUS

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS), garante as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços semelhantes, mostrando diretamente os objetivos do SUS, como também, as funções da União, dos Estados e dos Municípios (SOUZA *et al.*, 2010).

Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade (Conselhos de Saúde) na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, se deu pela forte reação da organização civil junto ao executivo, em resposta ao então presidente na época, Fernando Collor de Mello, que impôs vetos Lei nº 8.080 atingindo pontos fundamentais na participação popular, reação que resultou em com um novo projeto de lei apresentado (PL 5995/1990) em 12 de dezembro 1990 (COSTA, 2022).

A Lei nº 8.142/90 no seu artigo 1º define que sejam criados os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS. O artigo 1º da lei 8142/90 afirma que (COSTA *et al.*, 2013):

§ 1º — A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º . — O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

O Controle social corresponde a um entendimento sobre a relação Estado-Sociedade, onde esta relação possa definir práticas de vigilância e controle sobre as políticas públicas. O controle social inspira os Conselhos de Saúde para que, com a participação de segmentos sociais geralmente excluídos, possam fiscalizar o Estado, proporcionando políticas de saúde voltadas para as necessidades do conjunto social, e não somente setores mais privilegiados (CORREIA, 2006).

“O Conselho Nacional de Saúde (CNS) nasceu em 1937, porém, até 1990 era um órgão consultivo do Ministério, onde seus conselheiros eram escolhidos pelo governo” (COELHO, 2012). Com as modificações de 1987, o Conselho se tornou um órgão deliberativo, passando a ter voz nas decisões na área da saúde do país. Porém, somente a partir de 1990, o Conselho Nacional de Saúde mostrou-se como um espaço político onde interesses sociais organizados eram representados, e os rumos da política nacional de

saúde eram debatidos, buscando a criação de consensos ou explicitação de posições conflitantes (CÔRTEZ, 2009).

A Lei nº 8.142/90, institucionalizou o Controle Social, por meio da criação das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, ambas com regimento próprio. A Conferência de Saúde, que deve acontecer de quatro em quatro anos, é composta por diversos segmentos da sociedade, com função de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo. Os conselhos de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, devem apresentar estratégias, fiscalizar e acompanhar a execução de políticas públicas de saúde nas suas diferentes áreas, são compostos por 50% de usuários e a outra metade dividida entre representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde (COELHO, 2012).

A inclusão da comunidade na gestão do SUS foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que estabeleceu duas instâncias colegiadas de representação da comunidade: as Conferências e os Conselhos de Saúde, presentes nas três esferas de governo. Os conselhos de saúde têm caráter permanente, deliberativo e atuam criando estratégias, no monitoramento e fiscalização da execução da política de saúde na esfera governamental correspondente. Ademais, a sua existência é requisito para que municípios e estados recebam e gerenciem recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (De FARIAS, 2024).

A Resolução nº 333/2003 expande o conceito de conselho de saúde como o “órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de governo”, ressaltando que o “processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de saúde, incluindo os conselhos distritais sanitários de saúde indígena” (LANGDON *et al.*, 2007).

2.3 - Histórico do Sistema de Saúde Indígena e sua relação com o Controle Social

Um dos pontos mais negativos da primeira atuação política indigenista adotada no Brasil foi a prática da tutela, onde juridicamente o órgão indigenista oficial na época tinha o direito de tomar decisões por essas comunidades, negando aos indígenas a possibilidade de escolha nos caminhos a seguir em suas vidas. Essa atuação direta das instituições públicas na política indigenista teve início em 1910, pelo Decreto nº 8.072, que criou o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que buscava integrar as populações indígenas à sociedade nacional, o SPI foi substituído em 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que tinha a gerencia da atenção à saúde indígena (GARNELO, 2012).

Na década de 1940, o médico Noel Nutels, ao participar da expedição Roncador-Xingu, preparada pela Fundação Brasil Central (FBC), fez a primeira tentativa de levar um serviço de saúde de forma efetiva, elaborando um plano para a defesa da saúde indígena dos povos daquela região. O plano foi bem recebido pelo Ministério da Saúde, porém, somente foi posto em ação em 1956, com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose (SANTOS, 2012).

De maneira histórica, as políticas indigenistas conduzidas pelo Estado brasileiro traziam um forte discurso, de que os povos indígenas iriam desaparecer como sociedade, misturando-se com a sociedade nacional brasileira (SANTOS, 2012).

No ano de 1986, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), foi tratada e articulada durante o espaço aberto para a população na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) do mesmo ano, entre as lideranças indígenas e a coordenação daquele evento, especificamente com o sanitarista, Sérgio Arouca. Dessa forma, a 1ª CNPSI é um fruto da 8ª CNS, e foi um dos primeiros momentos em que o Estado ouviu diferentes lideranças indígenas para debater propostas no sentido da formulação e diretrizes voltadas à saúde desses povos, tendo como primeira proposta que a gerência da atenção à saúde indígena fosse vinculada ao Ministério da Saúde e não mais à FUNAI (ABRUNHOSA *et al.*, 2020).

Em 1993, a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas solicita a organização do “controle social da rede distrital exercido através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena”. Um grande saldo desse movimento, foi a Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), que, incluindo o artigo 19-H na Lei nº 8.080/1990, prediz que “as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso” (ABRUNHOSA *et al.*, 2020).

A realização das duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Indígena, deu espaço para a representação indígena elaborar as indispensáveis diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Assim, vinculado ao SUS, surge o primeiro Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), aprovado e publicado pela Lei nº 9.836 (Lei Arouca) em 1999, reconhecendo as diferentes demandas culturais, sociais e epidemiológicas de cada povo indígena, e que esses povos necessitavam de uma atenção diferenciada. Nos primeiros 11 anos, a gestão foi responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (SCALCO *et al.*, 2020).

Na 4ª e 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), a palavra “participação” aparece em vários momentos, e reforçando as instâncias do controle social indígena. A base desse controle se enrijece com a Portaria nº 755/2012, do Ministério da Saúde, estabelecendo os Conselhos Locais de Saúde Indígena, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCCondisi) (ABRUNHOSA *et al.*, 2020).

O SASI tinha como missão instituir a Atenção Primária à Saúde (APS), no território indígena, atendendo às particularidades de cada povo (cunho sociocultural, aspectos logísticos e epidemiológicos), respeitando suas tradições, costumes e assegurando a presença e o controle social no processo de gestão. Segundo as diretrizes de Alma-Ata, as equipes de saúde agregaram trabalhadores indígenas, ocupando funções de agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento (MENDES *et al.*, 2018).

A partir da criação do SASI foi elaborada a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Essa política deveria ser incorporada seguindo os princípios do SUS, dando destaque à descentralização das ações e dos recursos e a universalidade, integralidade, equidade e participação social, com atenção para diversidade cultural, étnica, geográfica, epidemiológica, histórica e política (MENDES *et al.*, 2018).

Para, SCALCO *et al.*, (2020), a importância da organização e participação indígena na ocupação desses espaços teve resultado nas duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena em 1986 e 1993, tendo a representatividade indígena passado a contribuir nas diretrizes fundamentais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

O SASI é organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), no território nacional. Cada DSEI é responsável pela gestão da saúde de um ou mais povos indígenas, com equipes multidisciplinares que trabalham em conjunto com as comunidades. Estes foram estruturados para atender respeitando cada diversidade de características culturais, de contato e de organização política dos indígenas. Na organização dos Dsei, existem estruturas e profissionais qualificados para o atendimento dos povos indígenas – Polo Base, Casa de Apoio à Saúde Indígena e Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) – além de, instâncias de participação social, atuando junto à gestão na proposição de ações, planejamento, monitoramento e avaliação – Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi). Em 2006 foi criado o Fórum de Presidentes de Condisi (FPCCondisi) no nível nacional (SCALCO *et al.*, 2020).

Com a base e estrutura do Controle Social Indígena firmada pela Portaria nº 755/2012, do Ministério da Saúde, que estabeleceu os Conselhos Locais de Saúde Indígena, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, essa estrutura é reforçada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), em 2010. Ao mesmo tempo, a participação indígena nos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde seguia como um desafio para o controle social no SUS (ABRUNHOSA *et al.*, 2020).

O controle social deve acompanhar e fiscalizar a gestão e aplicação dos recursos públicos. O conselho local de saúde indígena deve enviar demandas e propostas para o conselho distrital e trazer o retorno para a comunidade. O Condisi é responsável por apresentar essas demandas e reivindicações ao Dsei, e este deve levá-las para Brasília, e também para o fórum, para que cobre dos governantes (FERREIRA, 2013).

Mesmo após garantias legais, foi observado duros ataques às instâncias de participação nas políticas públicas e no controle social indígena. O Decreto nº 9.759/2019 (Brasil, 2019a) eliminou centenas de colegiados que não foram criados por lei, dificultando instâncias colegiadas diversas, limitando a participação da sociedade na gestão das políticas sociais. Entre os órgãos extintos está o Fórum de Presidentes de Condisi, que estava à frente da organização da 6ª CNSI, que seria realizada em maio de 2019, sendo esta Conferência adiada. Neste período o controle social indígena também foi atacado por medidas de contingenciamento de gastos da Sesai (ABRUNHOSA *et al.*, 2020).

3 - Objetivos

3.1 – Objetivo Geral

Descrever a existência ou não da Representação Indígena nos Conselhos de Saúde do Maranhão.

3.2 – Objetivos Específicos

- Descrever distribuição espacial da representação e população indígena no estado do Maranhão;
- Verificar os conselhos municipais de saúde do estado do Maranhão com registro no SIACS;

4 – Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, cuja unidade de medida foram os municípios do estado do Maranhão. Para identificar os Conselhos Municipais de Saúde cadastrados e ativos no sistema utilizou-se o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), além de dados do Censo de 2022, IBGE.

O SIACS é uma ferramenta de comunicação e informação lançada em 14 de março de 2012, durante a 231ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, que tem por objetivo mapear o Controle Social da saúde no Brasil, a partir do levantamento de informações relacionadas a atual composição dos conselhos, cumprimento de paridade e demais características. Os dados inseridos no sistema constituem uma rede com informações dos 5.570 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena e do conselho do Distrito Federal, junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

As variáveis coletadas foram: registro do conselho de saúde no município cadastrado no SIACS (sim ou não), presença de representação indígena por município (sim ou não) e número da população indígena (IBGE). O período de coleta de dados foi de fevereiro a maio de 2023. Após coletados os dados da quantidade e distribuição da população indígena nas cidades do estado do Maranhão.

Os dados foram digitados no Excel® para análise de frequência e exportados para o TabWin® para confecção de mapas. O TabWin® é um programa desenvolvido pelo DATASUS com finalidade de contribuir no trabalho de tabulação e o tratamento de dados das equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas com arquivos no formato DBF que se constituem nos componentes básicos dos sistemas de informações do SUS - Sistema Único de Saúde (SILVIA, 2009).

Esta pesquisa faz parte do projeto “Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão” submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMA, em conformidade com as normas estabelecidas na Resolução nº 466 de 2012, com parecer aprovado nº 5.248.583, CAAE 90328518.4.0000.5087. Contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), por meio do Edital nº 09/2020.

5 - Resultados

No estado do Maranhão existem 57.214 indígenas de acordo com o Censo 2022 (IBGE, 2022).

Dos 217 municípios do Maranhão, apenas 07 municípios não registram indígenas em sua população (Lago dos Rodrigues, Luís Domingues, Nova Iorque, São Pedro dos Crentes, Sucupira do Riachão, Presidente Vargas e Santa Filomena do Maranhão) e 68 conselhos de saúde dos municípios não possuem registro no SIACS, das 141 cidades que possuem população indígena e composição de Conselho de Saúde registrados no SIACS, apenas 7 cidades possuem Representação Indígena no Conselho de Saúde Local do município (Amarante do Maranhão, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras e Maranhãozinho) (tabela I).

Tabela I: População dos Municípios Cadastrados com Composição de Conselho de Saúde no Maranhão/SIACS.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO (GERAL)	POPULAÇÃO INDÍGENA	Pop. Indígena %	Data da atualização do Conselho	Repr. Indíg.no Conselho de Saúde
Jenipapo dos Vieiras	17.076	7.880	46,14	26/04/2021	SIM
Amarante do Maranhão	37.085	8.210	22,13	07/11/2013	SIM
Maranhãozinho	13.761	2.056	14,94	22/02/2011	SIM
Arame	25.517	3.522	13,80	22/03/2013	SIM
Grajaú	73.872	7.927	10,73	19/01/2016	SIM
Itaipava do Grajaú	13.828	1.296	9,37	30/08/2011	SIM
Centro do Guilherme	12.342	835	6,76	30/03/2015	NÃO
Barra do Corda	84.532	5.552	6,56	15/09/2015	SIM
Viana	51.442	1.819	3,53	09/05/2019	NÃO
Centro Novo do Maranhão	16.267	468	2,87	24/02/2017	NÃO
Lajeado Novo	7.057	175	2,47	09/12/2021	NÃO
Araguanã	11.181	241	2,15	26/04/2011	NÃO
Raposa	30.839	566	1,83	28/12/2016	NÃO
Guimarães	10.290	125	1,21	10/04/2011	NÃO
São João do Carú	12.251	133	1,08	13/07/2021	NÃO
Zé Doca	40.801	410	1,00	30/07/2015	NÃO
Penalva	32.511	175	0,53	30/11/2011	NÃO
Tuntum	36.251	189	0,52	13/06/2011	NÃO
Presidente Médici	4.696	21	0,44	19/03/2014	NÃO
Buriticupu	55.499	248	0,44	08/05/2019	NÃO
Colinas	40.316	121	0,30	11/06/2015	NÃO

Central do Maranhão	7.094	21	0,29	25/08/2017	NÃO
Santa Inês	85.014	229	0,26	21/05/2012	NÃO
Cajari	16.412	42	0,25	23/08/2017	NÃO
Tufilândia	5.507	14	0,25	01/03/2013	NÃO
Alto Alegre do Pindaré	25.710	65	0,25	20/09/2011	NÃO
Campestre do Maranhão	12.301	31	0,25	25/05/2021	NÃO
Pedreiras	37.050	92	0,24	08/03/2023	NÃO
Vitória do Mearim	30.805	75	0,24	28/08/2015	NÃO
Carutapera	24.238	56	0,23	14/12/2009	NÃO
Pindaré Mirim	31.429	72	0,22	29/06/2011	NÃO
Sítio Novo	17.074	37	0,21	28/08/2015	NÃO
Balsas	101.767	216	0,21	03/03/2017	NÃO
São José de Ribamar	244.579	516	0,21	18/07/2012	NÃO
Açailândia	106.550	220	0,20	28/06/2023	NÃO
Tutóia	53.356	107	0,20	01/09/2015	NÃO
São Domingos do Azeitão	7.992	16	0,20	26/10/2013	NÃO
Imperatriz	273.110	536	0,19	18/01/2020	NÃO
Porto Franco	23.903	46	0,19	25/08/2018	NÃO
Estreito	33.294	61	0,18	25/09/2014	NÃO
Igarapé do Meio	13.974	25	0,17	22/01/2020	NÃO
Rosário	38.475	66	0,17	08/06/2013	NÃO
Serrano do Maranhão	10.202	17	0,16	30/11/2015	NÃO
Bacabal	103.711	171	0,16	04/08/1997	NÃO
Nova Colinas	5.021	8	0,15	26/01/2012	NÃO
Paço do lumiar	145.643	232	0,15	14/03/2014	NÃO
Arari	29.472	46	0,15	18/11/2015	NÃO
São Luís	1.037.775	1.616	0,15	08/03/2018	NÃO
Buritirana	12.918	20	0,15	29/11/2013	NÃO
Formosa da Serra Negra	17.719	26	0,14	12/04/2019	NÃO
Sambaíba	5.568	8	0,14	03/03/2017	NÃO
Trizidela do Vale	22.484	32	0,14	18/10/2010	NÃO
Morros	18.554	26	0,14	22/11/2012	NÃO
São João dos Patos	25.020	35	0,13	30/07/2011	NÃO
Pinheiro	84.621	117	0,13	12/07/2016	NÃO
Pedro do Rosário	24.320	33	0,13	24/07/2017	NÃO
Mata Roma	17.090	23	0,13	27/07/2013	NÃO
Apicum-Açu	17.519	23	0,13	09/07/2011	NÃO
Governador Edison Lobão	18.411	24	0,13	13/03/2016	NÃO
Governador Newton Bello	10.713	13	0,12	20/10/2017	NÃO
Caxias	156.973	184	0,11	22/02/2014	NÃO

Humberto de Campos	25.680	30	0,11	24/08/2011	NÃO
Lima Campos	11.297	13	0,11	06/07/2015	NÃO
São Vicente Ferrer	19.498	22	0,11	22/03/2017	NÃO
Pastos Bons	18.802	21	0,11	28/08/2009	NÃO
Altamira do Maranhão	6.447	7	0,10	13/04/2015	NÃO
Ribamar Fiquene	7.420	8	0,10	07/05/2018	NÃO
Cantanhede	24.303	26	0,10	15/04/2021	NÃO
João Lisboa	24.709	25	0,10	14/11/2017	NÃO
Codó	114.275	114	0,09	15/07/2011	NÃO
Marajá do Sena	7.027	7	0,09	25/04/2019	NÃO
Cedral	10.208	10	0,09	10/09/2015	NÃO
São Luís Gonzaga do MA	17.818	17	0,09	19/09/2013	NÃO
São Domingos do Maranhão	34.034	32	0,09	21/12/2010	NÃO
São Raimundo das Mangabeiras	18.672	17	0,09	08/09/2015	NÃO
Santo Antônio dos Lopes	14.304	13	0,09	02/05/2017	NÃO
Parnarama	31.250	28	0,08	15/09/2015	NÃO
Governador Nunes Freire	23.128	20	0,08	01/06/2011	NÃO
Itapecuru-Mirim	60.440	52	0,08	30/10/2014	NÃO
Cururupu	31.558	27	0,08	01/09/2015	NÃO
Lago do Junco	9.506	8	0,08	06/02/2019	NÃO
São João Batista	18.544	15	0,08	05/08/2012	NÃO
Mirinzal	13.978	11	0,07	03/08/2021	NÃO
Sucupira do Norte	10.238	8	0,07	23/06/2011	NÃO
São Francisco do Brejão	9.051	7	0,07	18/10/2013	NÃO
Icatu	24.794	19	0,07	19/07/2012	NÃO
Paulino Neves	17.056	13	0,07	26/04/2012	NÃO
Governador Eugênio Barros	13.930	10	0,07	15/10/2015	NÃO
Presidente Juscelino	11.356	8	0,07	12/11/2015	NÃO
Santa Luzia do Paruá	24.307	17	0,06	25/10/2011	NÃO
Cidelândia	12.878	9	0,06	14/07/2011	NÃO
São Pedro da Água Branca	14.338	10	0,06	01/01/2016	NÃO
Gonçalves Dias	17.206	12	0,06	21/01/2013	NÃO
Presidente Sarney	17.511	12	0,06	27/07/2011	NÃO
Bernardo do Mearim	5.840	4	0,06	15/12/1999	NÃO
Bela Vista do Maranhão	11.750	8	0,06	15/08/2013	NÃO

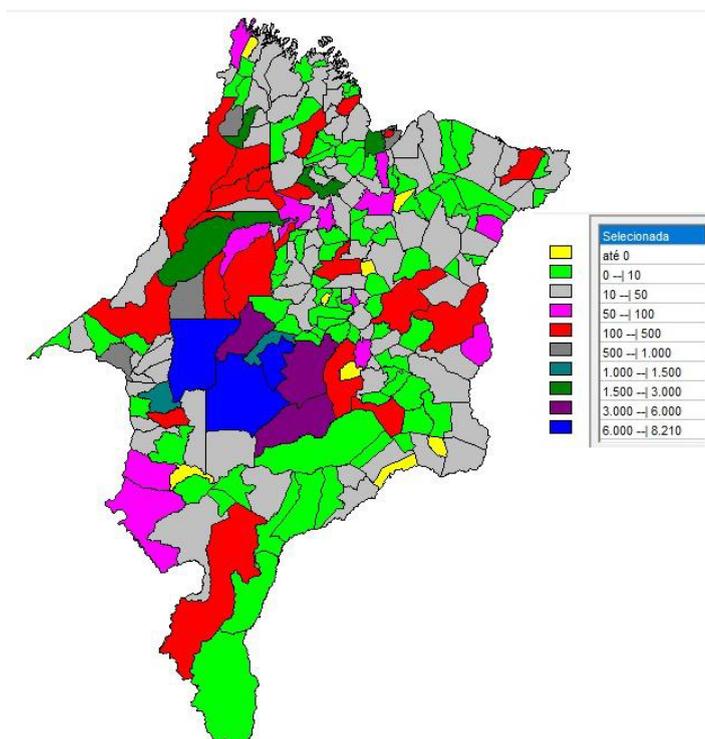
Magalhães de Almeida	13.807	9	0,06	03/12/2012	NÃO
Paulo Ramos	20.341	13	0,06	02/09/2015	NÃO
Matões	32.174	20	0,06	25/03/2012	NÃO
Lago da Pedra	44.403	27	0,06	14/07/2011	NÃO
Barreirinhas	65.589	39	0,05	21/07/2017	NÃO
Bom Lugar	12.212	7	0,05	29/12/2011	NÃO
Timon	174.465	100	0,05	14/02/2014	NÃO
Dom Pedro	23.053	13	0,05	05/06/2014	NÃO
Fortaleza dos Nogueiras	12.640	7	0,05	14/05/2015	NÃO
Vitorino Freire	30.845	17	0,05	30/07/2015	NÃO
Pio XII	21.886	12	0,05	22/11/2013	NÃO
Esperantinópolis	18.311	10	0,05	13/08/2015	NÃO
Riachão	22.145	12	0,05	12/08/2011	NÃO
Conceição do Lago-Açu	14.915	8	0,05	03/06/2021	NÃO
Turiação	37.491	20	0,05	18/05/2012	NÃO
São Raimundo do Doca Bezerra	5.650	3	0,05	16/09/2015	NÃO
Poção de Pedras	17.161	9	0,05	10/07/2015	NÃO
Aldeias Altas	23.286	12	0,05	29/09/2011	NÃO
Araioses	39.052	20	0,05	13/07/2011	NÃO
São Bernardo	26.943	13	0,04	16/03/2018	NÃO
São João do Soter	16.889	8	0,04	24/01/2014	NÃO
Lagoa do Mato	10.572	5	0,04	08/10/2013	NÃO
Buriti	29.685	14	0,04	05/07/2018	NÃO
São Roberto	4.544	2	0,04	16/01/2014	NÃO
Coroatá	59.566	26	0,043	15/11/2010	NÃO
Chapadinha	81.386	35	0,043	20/07/2021	NÃO
Água Doce do Maranhão	12.142	5	0,041	03/04/2013	NÃO
Cajapió	10.121	4	0,03	02/09/2013	NÃO
Junco do Maranhão	5.146	2	0,03	29/11/2006	NÃO
Loreto	11.597	4	0,03	31/08/2017	NÃO
Coelho Neto	41.658	14	0,03	15/09/2017	NÃO
Mirador	21.030	7	0,03	06/03/2012	NÃO
Pirapemas	17.714	5	0,02	16/04/2019	NÃO
Timbiras	26.484	7	0,02	26/08/2019	NÃO
Santa Quitéria do Maranhão	23.957	6	0,02	30/11/2011	NÃO
São Félix de Balsas	4.402	1	0,02	02/12/2011	NÃO
Buriti Bravo	22.455	5	0,02	01/06/2012	NÃO
Paraibano	18.274	4	0,02	31/01/2013	NÃO
Peri Mirim	11.108	2	0,01	02/08/2018	NÃO
Passagem Franca	17.220	3	0,01	04/08/2015	NÃO
Afonso Cunha	6.144	1	0,01	26/03/2012	NÃO
Amapá do Maranhão	7.170	1	0,01	27/09/2013	NÃO

Jatobá	7.471	1	0,01	08/04/2008	NÃO
Miranda do Norte	23.864	3	0,01	02/10/2012	NÃO
Brejo de Areia	9.218	1	0,01	03/11/2011	NÃO
Governador Archer	10.231	1	< 0,01	20/09/2010	NÃO
Maracaçumé	21.149	2	< 0,01	17/08/2011	NÃO
Lago dos Rodrigues	8.758	0	0	25/07/2013	NÃO
Luís Domingues	7.161	0	0	02/02/2012	NÃO
Nova Iorque	4.320	0	0	17/08/2012	NÃO
São Pedro dos Crentes	5.783	0	0	15/01/2013	NÃO
Sucupira do Riachão	4.985	0	0	22/10/2015	NÃO

Fonte: SIACS/SENSO IBGE 2022.

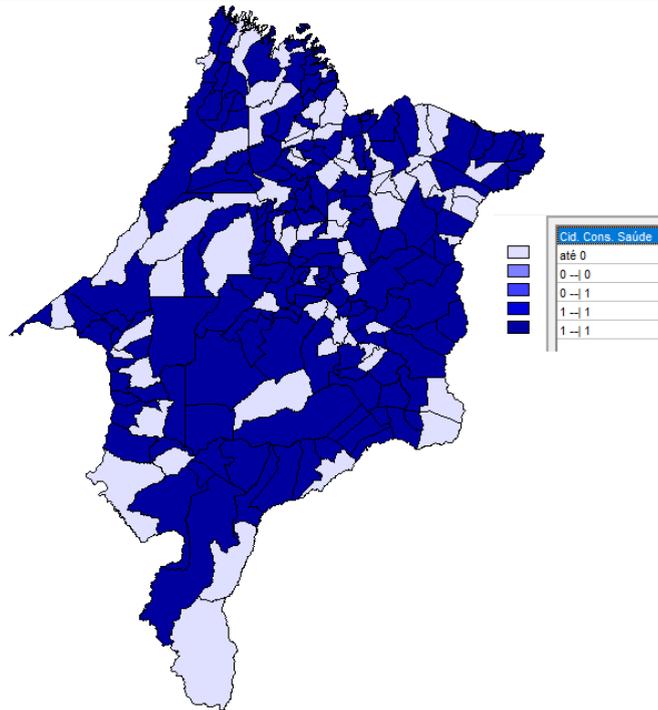
Os mapas, da distribuição espacial da população indígena em 207 municípios que estão representados na (figura I), dos 141 municípios com registro no SIACS (figura II) e dos 07 municípios com representação indígena nos conselhos municipais de saúde (figura III).

Figura I: Distribuição da População Indígena em 207 Municípios do Maranhão, 2024.



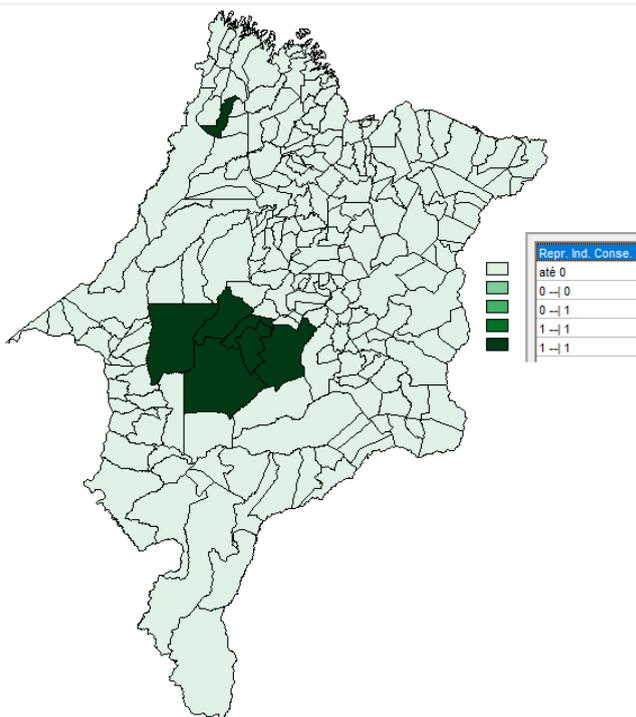
Fonte: Os autores.

Figura II: Mapa das 141 Cidades com registro no SIACS. Maranhão, 2024.



Fonte: Os autores

Figura III: Mapa das 7 Cidades com Representação Indígena nos Conselhos de Saúde dos Municípios do Maranhão, 2024.



Fonte: Os autores.

6 – Discussão

Foi constatado que somente 3% dos municípios do estado do Maranhão tem representação indígena nos conselhos de saúde, esses são municípios que apresentam maior proporção de população indígena no estado: Amarante do Maranhão, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras e Maranhãozinho, com exceção da cidade de Centro do Guilherme.

Com o surgimento do subsistema de saúde indígena (Lei nº 9.836/1999 e Decreto nº 3.156/1999), a representação indígena em organismos colegiados, como Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e Conselhos Locais de Saúde Indígena, é assegurada por direito (LANGDON *et al.*, 2007).

Vários indígenas já entendem que a participação social é importante, mas apenas essa participação não dá o resultado esperado, requerendo uma outra ação que a complemente, como a luta por fora das instâncias estatais mobilizada pelas associações e articulações indígenas. Expressando assim uma confiança desconfiada das possibilidades políticas da participação social (ABRUNHOSA *et al.*, 2020).

Representação e representatividade são conceitos importantes nos debates sobre democracia, inclusão e justiça social. Embora muitas vezes utilizados como sinônimos, possuem significados distintos e implicações diferentes para a sociedade. A representação se refere à presença da população em cargos políticos, instituições ou espaços de decisão. A representatividade nos Conselhos é uma forma de representação que colabora para a democracia participativa, onde a prática de representação se torna mais consolidada estando aliada ao envolvimento dos representados. Nesse contexto, a representatividade vai além da mera presença, envolve a capacidade dos representantes em seus papéis de liderança, de defender os interesses, valores e perspectivas de seus grupos de origem (DE LIMA FONTES, 2021).

Como exemplo, podemos citar a cidade de Barra do Corda-MA, que possui uma população de 84.532 pessoas, dentre elas 5.552 indígenas (IBGE, 2024) distribuídos nas tribos Guajajara, Canela e Krikati, duas terras indígenas T. I. Cana Brava e T.I. Rodeador, locais diferentes e diferentes realidades, tendo a representação de apenas 1 indígena no Conselho de Saúde do município, sugere-se que ele deverá saber expressar a realidade de sua região deixando as outras tribos sem representação e representatividade.

É importante destacar também a capacidade das representações indígenas construir políticas de gestão no campo da saúde que realmente sejam de sua

necessidade. Há uma distância entre reconhecimento político e desconsideração cívica na efetivação dos direitos, fazendo com que haja um questionamento sobre a eficácia política de representantes indígenas nos conselhos e de que forma essa impactar positivamente na vida cotidiana daqueles a quem representam (TEIXEIRA, 2013).

Outro ponto importante a considerar nesse sentido, é a validade de ação de conselheiros não-indígenas de saúde, esta é pautada em critérios de elegibilidade e representatividade de grupos igualitários de cidadãos, em nome de quem podem tomar decisões. Já as comunidades indígenas, por outro lado, não partilham a ideia de democracia representativa; aqui a representação não considera a uma autoridade e a possibilidade de decidir pelos representados. O representante indígena não tem a mesma articulação na deliberação de ações que permitam alterar a realidade social de seus liderados, e nem tem como garantir que suas decisões e acordos sejam cumpridos (GARNELO & SAMPAIO, 2003).

Outro resultado que fomenta uma reflexão importante é a quantidade de conselhos que não possuem registro no SIACS, são 68 conselhos nessa situação, o que fere um requisito importante da Lei Federal nº 12.527 de 18 de novembro de 2011, também conhecida como lei de acesso à informação, que visa assegurar o direito fundamental de acesso à informação (BRASIL, 2011). É um tanto controverso, que instituições de foram criadas com a finalidade de estimular a prática da democracia participativa no país estejam em situação de não conformidade com a lei citada.

Os resultados apontam ainda que a população indígena se distribui por todo Maranhão, já a sua representação nos conselhos de saúde é demasiadamente concentrada na região central do estado. A participação social é uma conquista de diversos movimentos sociais com objetivo de garantir e fazer avançar direitos sociais universalizáveis e específicos, no caso dos povos indígenas tal processo é intenso e se dá via associações diversas e articulações indígenas regionais e nacionais, com forte presença em políticas públicas, o que pode explicar essa concentração (TEIXEIRA, 2017).

Para que as tomadas de decisões nos Conselhos de Saúde reflitam as reais necessidades das comunidades indígenas nas aldeias, é preciso de mais representação, maior número de indígenas sendo ouvidos e ocupando esses espaços, maior número de conselheiro indígena no município proporcional ao número de sua população, número de tribos, número de território indígena, cada um representando sua realidade, sua tribo sua região, e que essa representação seja alguém preparado para colaborar com ideias, fiscalizar e cobrar por políticas públicas de melhorias para sua comunidade, tendo uma

verdadeira representatividade, levando a verdadeira voz das comunidades indígenas para formulação de políticas públicas de saúde que atendam às suas necessidades, contribuindo assim para o melhor da sociedade.

São necessários estudos que aprofundem no conceito de representatividade, buscando entender, como é o processo de tomada e decisão entre as representações indígenas nesses conselhos considerando os diferentes municípios com territórios e população indígena e buscar dialogar com os atuais conselheiros indígenas, presidentes e representantes nos conselhos de saúde.

7 – Considerações Finais

A representação indígena nos conselhos de saúde dos municípios do Maranhão foi extremamente pequena levando em conta o número da população indígena e sua distribuição no estado.

Analisando a participação indígena nos séculos XX e XXI, percebemos que o sentido da participação foi pouco a pouco se alterando. Antes essa participação era marcada pela busca de autonomia no diálogo com representantes do governo, com o tempo a participação indígena foi se transformando numa presença de caráter mais técnico, burocrático e por vezes figurativo (SCALCO *et al.*, 2020).

Mesmo com garantias legais obtidas durante anos de lutas, as instâncias de participação nas políticas públicas e no controle social indígena seguiram sendo atacadas e enfraquecidas de várias maneiras, como por vetos na composição de conselhos por parte do presidente da república a depender da ideologia do governo no poder no momento, como aconteceu nos governos Collor com a PL 5995/1990 e Bolsonaro com o Decreto nº 9.759/2019. Os povos indígenas devem estar sempre preparados, nunca se sabe quando seus direitos serão atacados novamente.

A representação indígena é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva, para assegurar que as decisões e ações reflitam as necessidades e perspectivas de todos os membros da sociedade.

Referente às contribuições práticas, foi importante abordar a diferença entre representação e representatividade, que são conceitos importantes no debate sobre justiça social e equidade, sendo esses conceitos muito importantes na escolha do conselheiro indígena da comunidade, para que este esteja preparado para exercer essa representação com real representatividade.

O Estado brasileiro tem uma dívida histórica com os povos indígenas e o incentivo e garantia da sua participação na formulação, condução e avaliação das políticas de saúde

é apenas um passo na reparação histórica com esses povos. A luta política dos indígenas não se restringe apenas ao reconhecimento de sua presença e à demarcação de seu território, mas que sejam respeitados conforme a cultura e costumes de cada povo (ABRUNHOSA, 2020).

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e200584, 2020.

ANGELONI, Bruna Poletto; COSTA, Patrícia Marton; MACIEL, Ivana Maria Esteves. 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE-MARCO CONCEITUAL DO SUS. **ANAIS DO FÓRUM DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIFUNEC**, v. 4, n. 4, 2013.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no [...]. Brasília, 18 de nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 05 de ago. 2024.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 138-151, 2012.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Editora Fiocruz, 2000.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 111-135, 2006.

CORTÊS, Soraya Maria Vargas et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societários. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 41-71, 2009.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália A.; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Participação e controle social em saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em**, v. 2030, p. 237-271, 2013.

COSTA, Jaciara Maria da Silva. **A Lei 8080/90-O que mudou desde sua proposição?**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso.

DE FARIAS, Roberto Nascimento et al. Participação da comunidade no SUS: o desafio da inserção das propostas de uma conferência estadual no plano de saúde correspondente: Community participation in SUS: the challenge of inserting the proposals from a state conference in the corresponding health plan. **Saúde em Redes**, v. 10, n. 1, p. 4365-4365, 2024.

- DE LIMA FONTES, Francisco Lucas et al. Desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil: uma revisão ancorada na biblioteca virtual SciELO (2015-2020). **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 1, 2021.
- DE PAIVA FERREIRA, Bruno Antonio. MEDICINA POPULAR E ACADÊMICA: DA COLÔNIA AO IMPÉRIO BRASILEIRO. **Convergências: estudos em Humanidades Digitais**, v. 1, n. 2, p. 359-380, 2023.
- ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FERREIRA, Luciana Benevides. **O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética**. 2013.
- FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FRANÇA, Escobar; VILAIZA, Isabela. **Controle social na saúde indígena-revisão integrativa de literatura**. 2023.
- GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 311-317, 2003.
- GARNELO, Luiza et al. **Política de Saúde Indígena no Brasil**: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde, 2012.
- GURGEL, Claudio; JUSTEN, Agatha. Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, p. 357-378, 2013.
- HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em revista**, n. 25, p. 127-141, 2005.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama Indicadores População Indígena**, [S.l.]. 2024. Pesquisa feita no site: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR&tema=4>. Data de acesso: 28 jul. 2024.
- IBGE. IBGE – Censo 2022. s/d. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/sobre/conhecendo-o-brasil.html>. Acesso em: 31 jul. 2024.
- LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e sociedade**, v. 16, p. 19-36, 2007.
- LIMA, Nísia Trindade et al. (Ed.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.
- LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática": anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 77-96, 1991.

MENDES, Anapaula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e184, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PAVÃO, Ana Luiza Braz et al. **SUS: em construção ou desconstrução?**. 2016.

PONTES, Ana Lucia de Moura et al. **Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária**: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe8, p. 146-159, 2019.

SANTOS, Ricardo Ventura et al. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil**, 2012.

SCALCO, Nayara; NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e200400, 2020.

SEDIHPOP, **Governo do Maranhão destaca avanços na garantia dos direitos dos povos indígenas com Participação Popular**, [S.l.]. 2023. Pesquisa feita no site: <https://sedihpop.ma.gov.br/noticias/governo-do-maranhao-destaca-avancos-na-garantia-dos-direitos-dos-povos-indigenas-com-participacao-popular#:~:text=As%20terras%20ind%C3%ADgenas%20identificadas%20s%C3%A3o,S%C3%ADtio%20Novo%20e%20Z%C3%A9%20Doca>. Data de acesso: 22 ago. 2024.

SIACS, Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, **Consultas: Conselhos de Saúde Cadastrados**, [S.l.]. 2024. Pesquisa feita no site: <http://aplicacao.saude.gov.br/siacs/login.jsf?authuser=1>. Data de acesso: 29 jul. 2024.

SILVA, Norberto Peçanha da et al. **A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde**. Tese de Doutorado, 2009.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e sociedade**, v. 19, p. 509-517, 2010.

TEIXEIRA, Carla Costa; DA HORA SIMAS, Diego; DE COSTA, Nilton Miguel Aguilar. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. ág. 97-115, 2013.

TEIXEIRA, Carla Costa. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 9, n. 2, p. 716-733, 2017.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S07-S18, 1998.

VICENTE, Analia Ingrydy Domingos. **História da saúde pública no Brasil: a participação popular na " 8ª Conferência Nacional de Saúde"**. 2019. Conferência Nacional de Saúde". 2019.