

Capítulo 1

Política de Saúde Indígena
no Brasil: notas sobre
as tendências atuais do
processo de implantação
do subsistema de atenção
à saúde

Luiza Garnelo

Características e desenvolvimento da política indigenista no Brasil

A chamada política indigenista, ou seja, a política do Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira. Essa política tinha como base o pressuposto de que paulatinamente os indígenas deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Porém, o passar dos anos mostrou que tal presunção era infundada, pois, longe de desaparecer, as sociedades indígenas tiveram grande crescimento demográfico, mostram grande vitalidade cultural e ampliaram suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica.

A atuação direta das instituições públicas na política indigenista se deu inicialmente através do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que foi substituído a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada pela ditadura militar. Ambos os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros.

Em que pese o perfil previsto para sua atuação, tais instituições jamais chegaram a cumprir plenamente suas atribuições. Em parte isso se deveu à ideia de que as sociedades indígenas seriam um objeto transitório da atenção das políticas públicas, posto que se extinguiriam fisicamente, ou sobreviveriam de forma indiferenciada em relação à sociedade brasileira como um todo, dispensando, portanto, a atuação indigenista (Oliveira, 1998).

Um dos aspectos mais negativos da política indigenista adotada no Brasil foi a prática da tutela, uma medida jurídica que delegava para o órgão indigenista oficial o direito de decidir pelas comunidades, tirando dos indígenas a possibilidade de protagonizar os rumos de suas vidas. No campo da saúde os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das ações sob sua

responsabilidade, o que redundou em baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias. As restrições e inadequações da política indigenista geraram um acúmulo de insatisfações dos indígenas e das entidades não governamentais que os apoiavam, produzindo reivindicações por mudanças nas ações de governo (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Esse cenário foi significativamente alterado pela Constituição de 1988, que reconheceu os direitos dos povos originários às suas terras, a políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas. Tais avanços constitucionais repercutiram positivamente na política indigenista e na sociedade brasileira em geral, sedimentando a premissa de que um tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo poder público representa um direito e não uma ação caritativa (Lima e Barroso-Hoffman, 2002).

Ainda que a autonomia nativa permaneça limitada pela persistente assimetria social e econômica entre indígenas e não indígenas, os avanços políticos propiciados pela Constituição são inegáveis. Dentre eles destacamos a ampliação e consolidação do associativismo indígena que hoje é um dos mais importantes vetores de interveniência na definição de rumos e prioridades da política indigenista no país. No campo da saúde destacamos a criação de um subsistema específico para o atendimento a essas minorias, sobre o qual falaremos de forma mais detalhada nas seções subsequentes.

No início da década de 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI boa parte de suas atribuições nas áreas de saúde, educação e de preservação cultural. Tais responsabilidades foram repassadas para os ministérios equivalentes, os quais já tinham ingerência sobre essas políticas públicas para o conjunto da população brasileira. A medida ampliou o conjunto de instituições de governo atuantes na questão indígena, tornando mais complexo o cenário político do indigenismo (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Outro elemento relevante nesta conjuntura foi a emergência das Organizações não Governamentais, as chamadas Ongs. A presença crescente

dessas entidades ao longo da década de 1990 ampliou o leque de alianças ao alcance do movimento indígena. Se antes as igrejas – católica e protestante – representavam a principal presença não governamental no mundo indígena, esse leque se diversificou com a participação de entidades com os mais diversos propósitos e matizes políticos. Parte desse universo é representada pelas Ongs organizadas pelos próprios índios, que vêm atuando em paralelo, ou complementarmente, às entidades de defesa dos direitos à diferença étnica (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

A interação entre associações indígenas e Ongs não indígenas tem viabilizado a provisão de assessoria e parceria para o desenvolvimento de intervenções em diversos aspectos da vida social, tais como saúde, educação, direito, desenvolvimento econômico (sustentável ou não), comunicação social, registro escrito e audiovisual de produções culturais, qualificação técnica profissionalizante, e muitas outras. Tem sido marcante a atuação das Ongs na Amazônia, particularmente pela íntima vinculação que se estabeleceu entre a defesa da preservação da floresta e a das culturas indígenas (Garnelo, 2006a).

Na Amazônia legal, região com grande densidade populacional indígena, persistiu, ou mesmo recrudesciu, ao longo da década de 1990 e anos subsequentes, a tensão entre índios e não índios, particularmente em áreas reconhecidas como fronteiras econômicas, nas quais tornou-se ainda mais acirrada a disputa por terras, jazidas minerais e outras riquezas naturais.

À medida que se consolidaram, as organizações indígenas sofreram inflexões nas suas finalidades. Concebidas inicialmente como meios de defesa da identidade indígena e instrumentos de luta pela demarcação das terras, as associações tiveram que rever seu perfil de atuação no final do século XX, porque novos campos da política indigenista se abriram e estas entidades foram chamadas a participar da gestão de políticas sociais nos mais variados campos (Garnelo e Sampaio, 2005).

A mudança em seu perfil de atuação demandou também a ampliação da qualificação técnica dos líderes indígenas, muitos dos quais passaram a exercer cargos executivos, tanto em órgãos públicos quanto em entidades indígenas envolvidas com a execução de políticas sociais. Um

dos campos em que isto ocorreu de modo mais visível foi na área da saúde, após a instituição do subsistema de saúde indígena, que, em seu período de implantação, firmou convênios com entidades de defesa dos direitos indígenas para a realização de atendimento sanitário à população indígena (Vianna, 2006; Garnelo, 2006b).

Política de Saúde Indígena: antecedentes e situação atual

O entendimento da política de saúde indígena demanda uma explicação preliminar sobre as características do Sistema Único de Saúde (SUS), que deu origem e moldou o subsistema de saúde indígena. Este deve ser entendido – tal como expresso em sua designação – como um subproduto do SUS.

O SUS é um sistema público de prestação de serviços de saúde para a população brasileira, que compreende atividades dirigidas a pessoas e coletividades, desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal. As ações do SUS são voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de intervenções sobre o ambiente onde se vive e trabalha. Suas atribuições prevêm ainda o controle da qualidade e desenvolvimento de pesquisa e produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos necessários à realização das ações sanitárias no país (Noronha, Lima e Machado, 2008).

O SUS é produto de uma reforma técnica e política no campo da saúde, iniciada na década de 1980, que ficou conhecida como Reforma Sanitária. Entre as propostas relevantes da Reforma Sanitária, ganhou destaque a recomendação de ofertar atenção à saúde de qualidade para todos os grupos populacionais que habitam no país, incluindo-se a população que vive em situação de pobreza e em regiões de difícil acesso, como é o caso da maior parte da população indígena (Escorel, 2008).

A preocupação em estender a assistência à saúde a todos os lugares do Brasil e a todos os grupos populacionais, incluindo-se os que não tenham empregos formais, caracteriza o SUS como uma política de proteção social, comprometida com a redução das desigualdades sociais; ela se apóia em um sistema de seguridade social com regime jurídico

de cobertura universal, com prioridade para Atenção Primária à Saúde (APS) (Soares, 2008; Fleury e Ouverney, 2008).

A APS é uma forma de organizar os serviços de saúde. Ela visa ofertar um atendimento eficiente, com elevada capacidade resolutiva das necessidades de saúde com menor custo, mediante a adoção de técnicas simples mas eficientes, capazes de responder aos principais problemas de saúde que ocorrem na população. No caso brasileiro, a universalização da APS teve entre seus principais desafios interiorizar a cobertura das ações de saúde para áreas mais remotas do território nacional.

Ainda que o SUS seja uma política originalmente produzida pelo governo federal, ela foi gradativamente ampliada para os estados e municípios. Tal estratégia foi chamada de descentralização da política e das ações de saúde. A descentralização implica em delegar para os sistemas municipais de saúde a responsabilidade sobre o planejamento e execução das atividades necessárias à melhoria dos problemas de saúde da população que vive no território municipal. Nesse caso, caberia ao governo federal exercer o papel de regulamentar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades de saúde de grande impacto populacional, ficando a cargo das secretarias municipais de saúde executar fisicamente os serviços necessários para atender às necessidades sanitárias das populações locais (Noronha, Lima e Machado, 2008).

Na forma original como o SUS foi concebido, a população indígena não representava uma de suas prioridades, posto que, à época, a prestação de cuidados à saúde desses grupos ainda estava sob a responsabilidade do órgão indigenista.

Uma das características do Sistema Único de Saúde com influência negativa na saúde dos povos indígenas é a tendência em priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas. Dado o modo como o SUS foi implantado no país, observa-se que os órgãos de saúde acumularam maior expertise na organização de serviços dirigidos aos aglomerados urbanos, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimento para as populações rurais e em estender, com sucesso, as ações de saúde para as regiões interioranas.

Para grupos culturalmente diferenciados, tais dificuldades se avo-

lumam. Até 1990, a política indigenista, aí incluídas as ações de saúde, estava a cargo da FUNAI. Por consequência, o Ministério da Saúde não acumulou experiência no desenvolvimento de políticas de saúde específicas para as minorias étnicas até o final do século XX. Somente após a criação do subsistema de saúde indígena, em 1999, as autoridades sanitárias passaram a se dedicar ao tema. O tempo de dez anos de criação do subsistema não se mostrou suficiente para a geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena.

O reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas levou à proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas. Como o arcabouço jurídico-político instituído pela reforma sanitária enfatizava a ideia de um único sistema de saúde, vingou a proposta de criar um subsistema do SUS, garantindo assim uma vinculação hierárquica entre essas instâncias. Sob essa configuração o subsistema de saúde indígena foi criado em 1999 pela Lei 9.836, conhecida como Lei Arouca, em homenagem ao grande sanitarista e deputado Sérgio Arouca, que propôs e viabilizou a aprovação dessa lei no Congresso Nacional (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003; Santos et al., 2008).

Porém, a relação entre o SUS e seu subsistema tem sido perpassada por conflitos e contradições; entre eles a municipalização dos serviços de saúde é um dos mais relevantes e impactantes sobre os direitos indígenas. Uma das conquistas históricas do movimento de apoio à causa indígena foi o consenso de que a política indigenista deveria ser executada pelo governo federal. Os defensores dessa ideia entendem que o preconceito e a hostilidade contra os indígenas costumam se expressar de forma mais aguda nos territórios municipais, onde tensões e disputas entre índios e não índios eclodem de forma aberta e cotidiana.

No caso da saúde, uma forma de salvaguardar os direitos indígenas seria manter a prestação das ações de saúde no âmbito do próprio Ministério da Saúde. Porém, a chamada descentralização, a diretriz do SUS que preconiza o repasse da execução das ações de saúde para as municipali-

dades, destituiu o nível federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do governo federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas.

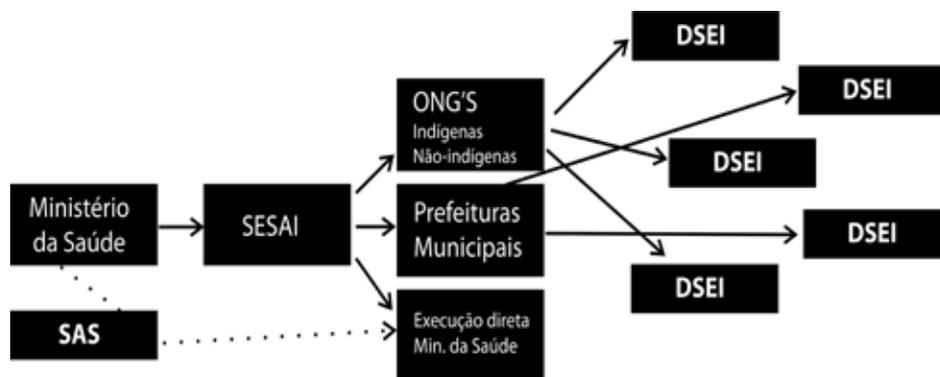
Frente a impasses como este, se buscou alternativas que garantissem a presença simultânea de prestadores de serviços em vários níveis de governo. Assim, após a promulgação da Lei Arouca, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde, recebeu a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena. Sendo um órgão do governo federal, essa entidade dispunha de pouco pessoal próprio para desenvolver suas tarefas; assim, optou por subcontratar municípios e organizações não governamentais para realizar ações de saúde em aldeias onde a FUNASA não contasse com rede própria. A coordenação nacional do subsistema passou a ser feita pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI), um setor da FUNASA sediado em Brasília (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Entretanto, a delegação da operacionalização das ações de saúde indígena para a FUNASA não eximiu o Ministério da Saúde da responsabilidade mais ampla de gerir essa política pública. Em função disso, parte desse monitoramento ficou a cargo da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), a qual, além da responsabilidade em coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um todo, também passou a exercer este papel junto à população indígena, principalmente na interlocução com os sistemas municipais de saúde.

A dinâmica de interação entre os diversos órgãos que atuam na saúde indígena é apresentada na Figura 1, que expressa o chamado modelo de gestão, ou seja, o modo como é feito o gerenciamento técnico e político das atividades do subsistema.

No ano de 2010 foi publicado o decreto N° 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do subsistema de saúde indígena para a recém criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA. A criação da SESAI não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena.

Figura 1: Modelo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena



Legenda:

DESAI= Departamento Saúde Indígena

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena

SAS = Secretaria de Assistência a Saúde

Fonte: elaboração da autora.

A multiplicidade de entidades governamentais e não governamentais que atuam no subsistema gera uma dinâmica de gestão muito complexa, pois a disparidade de interesses, prioridades e formas de funcionamento dos atores institucionais envolvidos dificulta uma interação harmoniosa entre eles. Esse modelo de gestão está em fase de modificação e deve ser reestruturado após a implantação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, atualmente em curso.

O modelo de gestão de um sistema de saúde é um meio para prover atendimento adequado à população. Em saúde pública é praxe que a programação das ações de atendimento seja ordenada segundo um modelo de assistência que oriente seu desenvolvimento no plano local. No caso do subsistema de saúde indígena o modelo de assistência está baseado nos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Modelo assistencial e condições de funcionamento do subsistema de saúde indígena

Implantado oficialmente em 1999, com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, o subsistema organizou suas unidades de ação segundo a proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Estes se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população. Aos distritos sanitários caberia, portanto, oferecer ações de prevenção de doenças (por exemplo, vacinação e saneamento), cuidados de saúde dirigidos a segmentos populacionais específicos, tais como o grupo materno-infantil e os idosos. Outras ações possíveis nesses sistemas locais de saúde seriam monitoramento das condições de alimentação e nutrição, bem como da saúde dos ambientes, educação em saúde, remoções de emergência e outros serviços que contribuam para o bem-estar dos grupos étnicos atendidos no subsistema (Santos et al., 2008).

A distribuição dos distritos sanitários nas unidades federadas obedeceu às características culturais e distribuição das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que contribuíram para a definição de suas localizações e áreas de abrangência. Assim, a FUNASA optou pela implantação de 35 Distritos Sanitários, distribuídos conforme mostra o mapa da Figura 2:

Figura 2: Distribuição dos Distritos Sanitários no Brasil

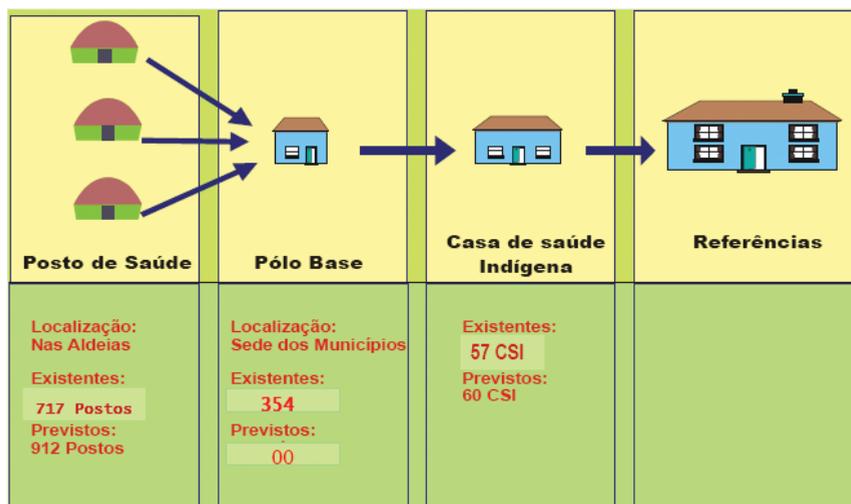


Legenda:

- | | |
|---|---|
| 1. Alagoas e Sergipe – AL/SE | 18. Manaus – AM |
| 2. Amapá e Norte do Pará – AP/PA | 19. Guamá-Tocantins – PA |
| 3. Altamira – PA | 20. Maranhão – MA |
| 4. Alto Rio Juruá – AC | 21. Mato Grosso do Sul – MS |
| 5. Alto Rio Purus – AC/AM | 22. Médio Rio Purus – AM |
| 6. Alto Rio Negro – AM | 23. Parintins – AM/PA |
| 7. Alto Rio Solimões – AM | 24. Pernambuco – PE |
| 8. Araguaia – GO/MT | 25. Porto Velho – RO/AM |
| 9. Bahia – BA | 26. Potiguara – PB |
| 10. Ceará – CE | 27. Cuiabá – MT |
| 11. Minas Gerais e Espírito Santo – MG/ES | 28. Rio Tapajós – PA |
| 12. Interior Sul – SP/PR/SC/RS | 29. Médio Rio Solimões e Afluentes – AM |
| 13. Vale do Javari – AM | 30. Tocantins – TO |
| 14. Kayapó – PA | 31. Vilhena – RO/MT |
| 15. Kayapó – MT | 32. Xavante – MT |
| 16. Leste de Roraima – RR | 33. Parque Indígena do Xingú – MT |
| 17. Litoral Sul – RJ/SP/PR/SC/RS | 34. Yanomami- RR/AM |

Cada DSEI conta com uma rede de serviços, ou seja, com um conjunto de unidades sanitárias onde o atendimento é realizado segundo níveis diferenciados de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. Tipicamente, um DSEI deve ser organizado de acordo com o modelo da Figura 3:

Figura 3: Rede hierarquizada de Serviços de Saúde nos DSEI



Fontes: DESAI. Ministério da Saúde, 2008.

Consórcio IDS-SSL-CEBRAP¹, 2009.

De acordo com este modelo, o Posto de Saúde seria a unidade mais simples do Distrito Sanitário. Nele atuaria o Agente Indígena de Saúde e deveria haver pelo menos um posto de saúde em cada aldeia.

Se considerarmos que o Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI) registra um total de 717 postos implantados, e que existem mais de 4 mil aldeias cadastradas nesse mesmo sistema, é possível concluir que persiste um grande número de aldeias sem cobertura assistencial, mesmo no nível mais simples de atendimento.

¹ O Consórcio foi formado por três instituições (Instituto para o Desenvolvimento Social, Saúde sem Limites e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) que, no período entre 2008 e 2009, foram contratadas pela FUNASA para realizar um diagnóstico de situação do subsistema de saúde indígena.

O nível seguinte de complexidade é representado pelo Polo-Base, uma unidade de saúde que deve contar com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais se responsabilizariam pelo atendimento das aldeias geograficamente próximas a ele. A vinculação de uma unidade de saúde a um território e população específicos constitui aquilo que é chamado em saúde pública de área de abrangência da unidade de saúde.

Segundo o modelo do subsistema de saúde indígena, a equipe baseada nesta unidade de saúde, preferencialmente sediada no interior das terras indígenas, deve prover atenção básica à saúde da população sob sua responsabilidade, atuando de modo articulado ao trabalho do agente de saúde e efetuando visitas periódicas de atendimento aos comunitários.

Dando continuidade à análise do modelo da rede de serviços de saúde contido na Figura 3, observa-se nele a existência das Casas de Saúde Indígena, sucedâneas das antigas Casas do Índio. De modo geral elas estão implantadas em sedes municipais e devem acolher os doentes encaminhados das aldeias e polos-base, para receber algum tipo de tratamento de saúde na cidade. As Casas de Saúde Indígena são uma especificidade do subsistema de saúde indígena, pois esse tipo de unidade não é adotado no SUS como um todo. Sua principal atribuição é o apoio ao paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, substituindo o suporte familiar ou social com que os indígenas não contam quando se deslocam para o espaço urbano. Esse perfil de atuação caracteriza a Casa de Saúde do Índio como um modelo misto de albergue e centro de atendimento aos casos de doença.

O último tipo de unidade de saúde que aparece na Figura 3 é a Unidade de Referência. Esse termo é usado para designar um ambulatório ou hospital especializado, sediado, em geral, nas grandes cidades, para onde o paciente indígena é encaminhado para receber tratamento médico mais complexo, que não pode ser ofertado no DSEI. Segundo o modelo de organização do Subsistema de Saúde Indígena, as unidades especializadas de referência representam um nível organizativo que já está fora do Distrito Sanitário, ou seja, essas unidades já são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interatuar com o subsistema de saúde indígena.

Essas diretrizes técnicas orientam a operacionalização dos DSEI. Porém, um modelo não pode, por si só, garantir a qualidade do cuidado em saúde prestado nas unidades de saúde. A qualidade da assistência é influenciada por muitas outras variáveis que têm igual peso no produto final das ações distritais.

Autores como Coimbra et al. (2006), Coimbra, Garnelo e Santos (2007), Santos et al. (2008), Garnelo e Brandão (2003), Vianna (2006), Weiss e Zanchetta (2006), Garnelo, Macedo e Brandão (2003) e Erthal (2003) realizaram avaliações parciais do funcionamento do subsistema, a partir de análises situacionais de alguns dos distritos sanitários especiais indígenas. Nessas publicações, surge de modo recorrente a informação de que o atendimento à população aldeada é descontínuo e de baixa qualidade técnica, que há elevada rotatividade e/ou falta de profissionais para realizar o atendimento, ao lado da escassez de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde. Os autores também assinalam a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias.

Esse conjunto de condições precárias tem prejudicado o alcance de bons níveis de resolução dos problemas de saúde nas próprias aldeias. Mesmo limitados, os dados disponíveis demonstram que a qualidade no atendimento prestado nos DSEI é insatisfatória, e que agravos à saúde que poderiam ser resolvidos nas aldeias e polos-base continuam sendo encaminhados para as cidades. Essas remoções superlotam as Casas de Saúde Indígena e oneram desnecessariamente as famílias indígenas com remoções que interrompem suas rotinas de subsistência. Os autores são unânimes em registrar a persistência de elevados níveis de mortalidade infantil, de doenças transmissíveis e outros agravos ligados à má qualidade das condições de vida das famílias indígenas, os quais tendem a piorar devido à falta de intervenção precoce das equipes de saúde (Escobar et al., 2003; Garnelo e Brandão, 2003; Coimbra Jr. et al., 2006; Cardoso, Coimbra Jr. e Tavares, 2010). As unidades de referência que ofertam tratamento especializado nas cidades também

oferecem serviços de baixa qualidade, têm longas filas de espera para obtenção de tratamento e uma recusa sub-reptícia de tratar o doente indígena, o que dificulta a obtenção de consultas, internações e exames nesses estabelecimentos.

Financiamento em saúde indígena

As análises disponíveis sobre o desempenho do subsistema mostram uma tendência geral de crescimento do financiamento para saúde indígena. Essa tendência positiva coexiste com problemas na alocação dos recursos disponíveis, particularmente no plano local, onde são comuns as referências à descontinuidade no repasse de recursos para pagamento do pessoal contratado através das conveniadas, aliadas às dificuldades na aquisição de equipamentos e insumos básicos para prover o atendimento, tais como medicamentos, combustível e outros materiais de consumo rotineiro (Diehl et al., 2003; Garnelo e Brandão 2003; Verdum, 2006; Garnelo, Macedo e Brandão, 2003; Hoffman-Barroso et al., 2004; Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009).

Os dados oficiais do Ministério da Saúde informam que o orçamento da saúde indígena cresceu de cerca de 180 milhões de reais, em 1999, para mais de 256 milhões de reais, em 2004. Esse montante equivale a uma aplicação de recursos per capita, três vezes maior em saúde indígena do que a que foi feita para o restante da população brasileira no mesmo período (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003; Santos et al., 2008).

A consulta às informações mais recentes disponibilizadas pela FUNASA sobre os recursos aplicados em saúde indígena confirma a ideia de uma evolução positiva no crescimento do orçamento de saúde indígena, conforme evidenciado no Quadro 1.

Quadro 1: Evolução do orçamento da saúde indígena – valores em R\$

Fonte	2003	2004	2005	2006	2007
FUNASA	136.892.000,00	181.968.740,00	219.502.706,34	296.994.353,39	328.257.894,38
SAS	61.707.348,00	74.665.255,00	115.329.232,00	164.441.614,00	175.948.668,00
TOTAL	198.599.348,00	256.633.995,00	334.831.938,34	461.435.967,39	504.206.562,38

Fonte: Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

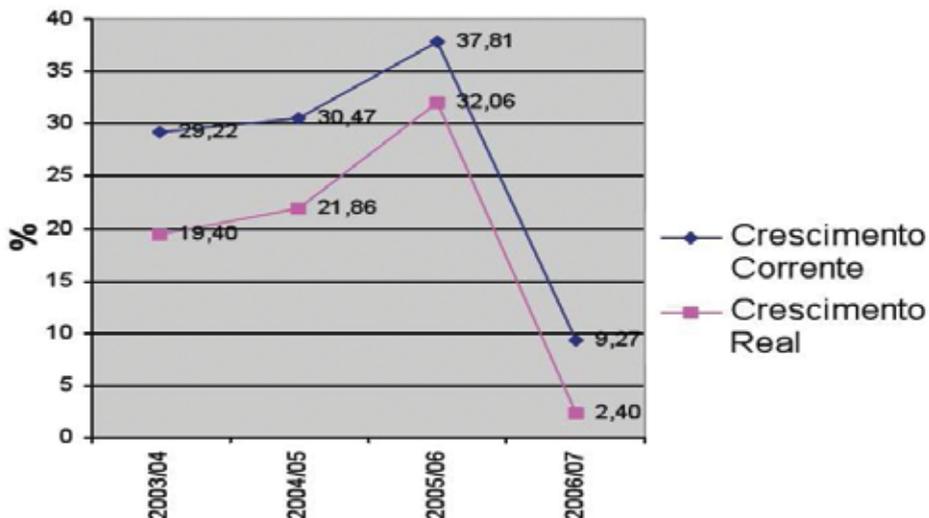
O quadro mostra a existência de duas fontes orçamentárias, a FUNASA e a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS), que desde 2003 se consorciaram para a formação do orçamento da saúde indígena, que totalizou mais de 500 milhões de reais em 2007. De acordo com o relatório do Consórcio IDS-SSL-CEBRAP (2009), que fez um diagnóstico situacional do subsistema, o investimento em saúde indígena em 2007 foi 74% maior do que o investimento feito em 2003, o ano inicial da série histórica aqui analisada. Uma análise dos valores contidos no quadro mostra que os recursos oriundos da SAS, que representavam pouco mais de 44% do orçamento total da saúde indígena em 2003, cresceram para cerca 53% do total aplicado no ano de 2007.

Ressalve-se, porém, que os recursos oriundos da SAS são repassados diretamente para os sistemas municipais de saúde e que não há informações disponíveis sobre as prioridades de alocação dos mesmos, ou seja, os municípios não informam se esse orçamento tem sido efetivamente aplicado nas ações de saúde indígena. Se considerarmos que o financiamento oriundo da SAS representa mais da metade do orçamento da saúde indígena, caso ele esteja sendo canalizado para outras finalidades isso poderia explicar, pelo menos em parte, porque os gestores e usuários indígenas reclamam da falta de recursos nos DSEI.

O relatório do Consórcio IDS-SSL-CEBRAP (2009) distingue entre o crescimento corrente e o crescimento real do orçamento, sendo o segundo o montante efetivamente aplicado no período. Em geral o orçamento efetivamente aplicado costuma representar um montante menor que o orçamento anualmente programado e é o que se verifica no gráfi-

co em questão. Segundo os autores do relatório o maior incremento do orçamento da saúde indígena se deu entre 2005 e 2006, com 38% de acréscimo em termos nominais e 32% em termos reais; nos dois anos seguintes a tendência foi de queda, conforme se observa na Figura 4.

Figura 4: Tendência do investimento em saúde indígena



Fonte: Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

Se cruzarmos os dados do orçamento com os dados populacionais disponibilizados pela FUNASA, poderemos detalhar melhor o gasto per capita em saúde indígena. Esses cálculos permitem concluir que, no subsistema, o gasto por pessoa foi cerca de R\$ 591 em 2002, de R\$ 625 em 2006 e que pode ter alcançado R\$ 987 em 2007, a depender do tamanho da população considerada para efetuar o cálculo².

Ainda que o gasto per capita em saúde indígena tenha sido mais elevado que o gasto per capita para a população brasileira como um todo,

² Essa ressalva se deve às controvérsias sobre o tamanho da população indígena no Brasil. Mais informações sobre esse problema são encontradas na seção a seguir, desse mesmo capítulo: Um olhar sobre a população indígena atendida no subsistema de saúde indígena.

ele parece ter gerado uma repercussão apenas moderada no plano local, não logrando melhoria nos níveis de saúde da população indígena, que permanecem muito precários, conforme se pode concluir com uma consulta ao capítulo 2 deste livro. O mapeamento preciso das razões para tal discrepância ainda espera uma pesquisa específica com esta finalidade, mas análises parciais disponíveis como a feita por Diehl et al. (2003) e por Garnelo e Brandão (2003) são sugestivas de desperdício e de pulverização dos recursos em atividades que não impactam diretamente sobre a qualidade e continuidade da assistência prestada nas aldeias. Some-se a isso o custo mais elevado das ações de saúde indígena, ligados às distâncias geográficas e dificuldades de acesso à terra indígena.

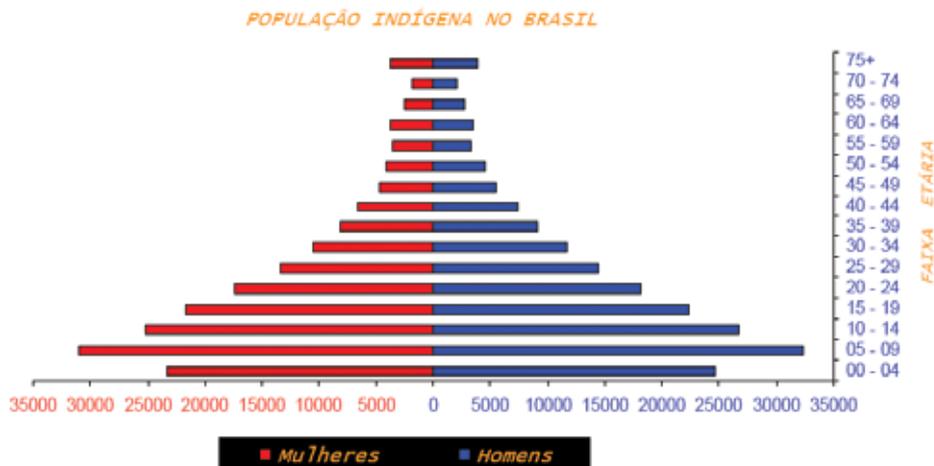
Por outro lado, é necessário lembrar que a população indígena historicamente tem condições de saúde bem piores que as da média dos brasileiros não indígenas, assim, a correção de tal desigualdade exigirá décadas de investimento, não apenas em saúde, mas em um amplo conjunto de políticas sociais que promovam a melhoria geral das condições de vida. Nessas condições, um custeio que à primeira vista parece elevado talvez seja insuficiente para atender adequadamente às necessidades do subsistema.

Um olhar sobre a população indígena atendida no subsistema de saúde indígena

A análise dos recursos só adquire sentido quando contraposta às tarefas a serem realizadas e ao quantitativo da população a ser atendida. Assim, buscamos informações sobre o número de pessoas cadastradas no sistema de informações (SIASI) da FUNASA e sobre o volume do atendimento prestado nos DSEI para gerar uma ideia da capacidade de resposta do subsistema às necessidades de atenção à saúde.

A busca de informações sobre o perfil demográfico da população indígena gerou a pirâmide populacional que está disposta na Figura 5.

Figura 5: pirâmide populacional indígena no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/DESAI, 2004.

A pirâmide populacional indígena mostra um predomínio das faixas etárias mais jovens (menores de 15 anos), o que pode ser explicado pela elevada taxa de natalidade da maioria dos grupos étnicos que vivem no país. Situações de rápido crescimento demográfico exigem uma ampliação contínua na capacidade instalada das unidades de saúde de modo a fazer frente às novas demandas que surgem a cada ano. O reduzido número de idosos na pirâmide fala a favor de uma baixa expectativa de vida ao nascer, algo que costuma estar ligado a precárias condições de vida e a níveis inadequados de acesso ao atendimento à saúde, ao lado da baixa resolutividade destas ações. Por outro lado, perfis sociodemográficos desse tipo costumam estar associados a perfis epidemiológicos em que predominam as doenças infecciosas, algo que é confirmado pelas publicações disponíveis (Imbiriba et al., 2009; Coimbra Jr. et al., 2006; Köhl et al., 2009; Cardoso, Coimbra Jr. e Guimarães, 2010; Brand e Pícoli, 2006; Bóia, 2009; Arantes, Frazão e Santos, 2010 (no prelo); Basta et al., 2004). Ou seja, ainda que os problemas de saúde da população indígena possam ser graves, a maioria deles pode ser resol-

vida, ou amenizada, pelos cuidados de atenção primária a saúde que os DSEI deveriam estar aparelhados para oferecer.

Embora seja um dado disponível no SIASI este perfil demográfico é controvertido, porque se refere exclusivamente à população cadastrada, ou seja, aquela atendida pela FUNASA e não ao contingente populacional indígena efetivamente existente no país.

No Brasil existe uma grande incerteza quanto ao tamanho da população indígena que vive atualmente no país, pois os órgãos públicos divergem sobre o modo de coletar informações a esse respeito. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza o critério de autodesignação para efetuar o registro de uma pessoa como indígena nos censos demográficos. Em consequência, o IBGE informa que no último recenseamento (feito em 2000), havia mais de 700 mil indígenas no Brasil (Azevedo, 2000). Já a FUNAI, ainda que não tenha feito recenseamento nos anos recentes, trabalha com números mais conservadores, visto que contabiliza só as populações aldeadas e residentes em terras demarcadas. A FUNASA opera de modo semelhante, direcionando sua atuação – e consequentemente, o cadastramento da população atendida – para os grupos aldeados em terras demarcadas e nos informa uma população total cadastrada de 528.603 pessoas, como se pode ver no Quadro 2.

Quadro 2: População Indígena Atendida pelo Subsistema de Saúde Indígena

Unidades federadas com população indígena	25
Distritos Sanitários Especiais Indígenas	34
Pólos-Base	354
Municípios com aldeias indígenas	412
N. de aldeias no país	4.750 (4.095)
N. de famílias indígenas cadastradas	81.738 (118.915)
População total cadastrada no subsistema de saúde indígena	528.603

Fonte: DESAI. Ministério da Saúde, 2008. Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

Ressalve-se, no entanto, que a qualidade das informações oferecidas pela FUNASA também é precária nesse componente, havendo muitas contradições nos dados disponibilizados pelo órgão. É o que se observa no Quadro 2 que demonstra a existência de informações divergentes no interior do próprio subsistema. Por exemplo, os números contidos nas linhas 5 (número de aldeias no país) e 6 (número de famílias indígenas cadastradas) exemplificam essa divergência de informação: apesar de serem dados oriundos da mesma fonte, o SIASI, os dados registrados pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI) divergem daqueles obtidos na avaliação dos consultores externos do consórcio IDS-SSL-CEBRAP, (que colocamos no parêntese) que usou, igualmente, dados oriundos do SIASI. De forma similar, os números disponibilizados pelo DESAI nos dão conta da existência de 4.750 aldeias indígenas no país, ao passo que as informações sistematizadas pela consultoria registram 4.095 aldeias. Não encontramos, nos documentos consultados, explicação para essa disparidade.

Já para o número de famílias indígenas cadastradas a disparidade é sensivelmente maior, variando de 81.738 (dados do DESAI) e 118.915 famílias (dados da consultoria). Tais variações tanto podem expressar problemas na qualidade do registro da informação, quanto à desqualificação dos recursos humanos do subsistema de saúde indígena para identificar corretamente a população atendida, e, no caso do cadastro das famílias, pode estar ligadas a um incremento no número de cadastrados entre 2008 e 2009.

A controvérsia entre os dados institucionais reflete, por um lado, os modos diferentes de coletar informações. Como a FUNASA registra apenas a população que está na área de cobertura do DSEI, isto é, a população rural, aldeada, ficam excluídos de suas estatísticas mais de 170 mil pessoas registradas pelo IBGE, boa parte das quais vive em espaços urbanos, onde a FUNASA não realiza atendimento.

Por outro lado, as disparidades de registro demográfico expressam também a vitalidade e o dinamismo das culturas indígenas que têm protagonizado um movimento de reetnização em diversas regiões do país, o que acarreta um progressivo incremento da população autorre-

conhecida como indígena (Azevedo, 2000; 2006). Isso produz uma defasagem permanente nos números oficiais e exerce pressão progressiva para ampliação das coberturas de políticas sociais, buscando estendê-las a grupos que não eram anteriormente reconhecidos como parte das minorias étnicas no país.

A dinâmica demográfica produz reflexos na cobertura da assistência à saúde ofertada nos DSEI, pois o crescimento da população tende a ser mais rápido que a possibilidade de ampliação dos serviços oferecidos nas instituições de saúde.

Se fizermos um exercício de análise de cobertura assistencial no subsistema de saúde indígena, veremos que nos anos subseqüentes à sua implantação o atendimento ofertado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) cresceu gradativamente atingindo números significativos; porém, permaneceu sempre aquém da necessidade, conforme se pode observar no Quadro 2. Por exemplo, no sistema SIASI consta o registro de 717 postos de saúde (ver Figura 3) num universo de 4.750 aldeias; considerando a recomendação oficial de que cada aldeia indígena deve contar com um posto de saúde, teríamos um total de 4.033 aldeias sem postos de saúde instalados.

A relação entre polos-base e aldeias cobertas é um pouco mais favorável. Ainda que não haja uma definição clara de quantas comunidades devem ser atendidas por um polo-base observa-se que, na rede atualmente implantada, a proporção é de 13,4 aldeias para cada polo-base. Tal proporção torna possível a oferta de uma boa cobertura de atendimento, mas isso é algo que dependerá do tamanho da população e da distância geográfica entre as aldeias e os seus respectivos pólos-base. Se considerarmos que, idealmente, cada polo-base deve contar com uma equipe de profissionais, teríamos uma proporção de famílias que variaria entre 230 (caso o número de famílias seja de 81.738) a 396 famílias (caso o número real de famílias seja 118.91) atendidas por equipe o que é uma proporção também satisfatória segundo as normas da Atenção Primária à Saúde. Porém, a adequação de tais proporções precisa ser relativizada, pois são indicadores propostos para áreas urbanas e não há ainda como confirmar se eles seriam adequados para as áreas indígenas.

O exercício feito acima, no qual tentamos calcular a cobertura assistencial prestada pelos DSEI, mostra que a disparidade entre as fontes de informação sobre a população indígena e sobre o atendimento a elas prestado dificulta a sistematização de indicadores que possam fornecer uma ideia consistente sobre seus níveis de cobertura e da efetividade dos serviços prestados no subsistema.

Participação social

A Constituição Federal de 1988 previu, no seu capítulo de saúde e seguridade social, a participação da sociedade no campo das políticas de saúde, entendida como um direito inerente à cidadania. A regulamentação da participação social se deu através da Lei 8.142/1990, que previu a participação dos usuários em todas as etapas de operacionalização do SUS, na forma de um controle externo exercido pelos cidadãos, através dos conselhos de saúde. Essa estratégia de gestão política partilhada do SUS recebeu o nome de controle social. Os conselhos de saúde foram implantados nos diversos níveis de governo (federal, estadual e municipal) e funcionam regularmente no país (Escorel e Moreira, 2008).

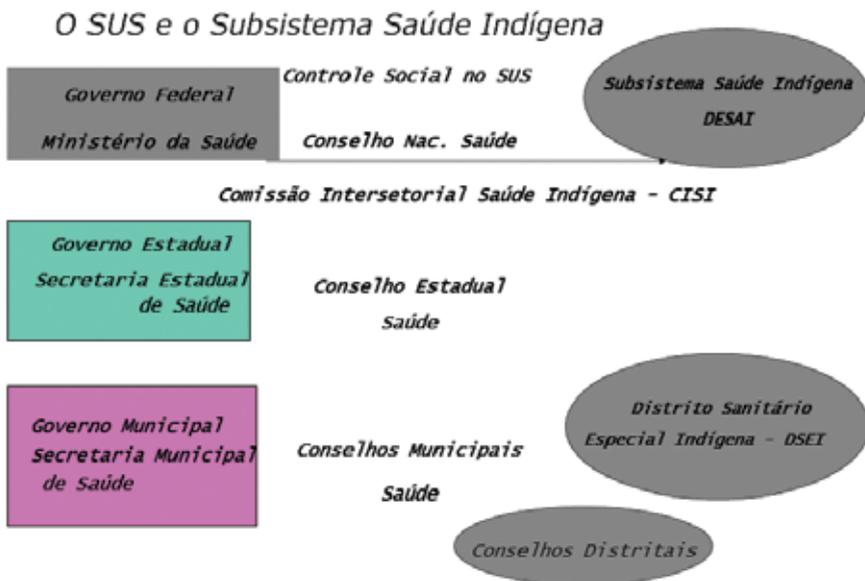
A criação do subsistema de saúde indígena seguiu moldes semelhantes em termos de controle social, prevendo-se para tal, a criação dos conselhos distritais de saúde. Segundo as diretrizes de orientação da Política Nacional de Saúde Indígena, os conselhos distritais de saúde devem contar com a participação paritária de representantes das etnias atendidas pelo DSEI e das instituições prestadoras dos serviços. A composição dos assentos no conselho deve obedecer a uma proporção de 50% de representantes indígenas, 25% de representantes institucionais e 25% de representantes dos profissionais que atuam no DSEI.

Foi igualmente prevista a organização de conselhos locais de saúde que congregariam grupos de aldeias; eles buscariam uma maior aproximação com os modos próprios de organização política indígena. Apesar dessa recomendação inicial, nos anos subsequentes à implantação do subsistema não se observou um funcionamento efetivo

dos conselhos locais e o exercício do controle social no subsistema limitou-se ao funcionamento dos conselhos distritais.

Na Figura 6 observa-se, no lado direito do diagrama os níveis de gestão para o controle social em saúde indígena; no lado esquerdo estão dispostos os níveis de controle social no âmbito do SUS como um todo, bem como as respectivas inter-relações entre ambos.

Figura 6: Controle social no SUS e no subsistema de saúde indígena



Fonte: elaboração da autora.

O controle social em saúde indígena conta, entre suas especificidades, com a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), comitê assessor do Conselho Nacional de Saúde que é, por sua vez, a instância máxima de deliberação de controle social em saúde no país. No plano local, a atuação dos Conselhos Distritais deve se limitar às atividades desenvolvidas no interior dos DSEI, ainda que, com frequência, estas se confundam com as atividades dos sistemas municipais de saúde; estes, por sua vez, têm sua própria instância de controle social que são os conselhos

municipais de saúde. As disposições legais existentes não prevêem as formas de interface entre os dois eixos do controle social.

Outra especificidade do subsistema é o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais, que foi criado através da Portaria n. 644/2006, com caráter consultivo e de assessoria aos níveis centrais de gestão da FUNASA. Com a mudança da gestão do subsistema de saúde indígena da FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena não se sabe qual será o futuro do fórum.

O controle social é um importante elemento de gestão, pois representa um meio privilegiado de escuta das necessidades dos usuários de um sistema de saúde. Ele possibilita também a participação no planejamento, tomada de decisão e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nas unidades de saúde e nos níveis mais centrais do processo de gestão. Nesse âmbito ele se mostra uma ferramenta de gestão ainda mais relevante, porque o SUS dispõe de pouco – ou nenhum – conhecimento acumulado sobre as adaptações necessárias nas rotinas de saúde, a fim de prover um atendimento adequado a grupos culturalmente diferenciados; assim, a participação de representantes indígenas no planejamento e avaliação das programações de atividades pode auxiliar no seu reordenamento, de modo a atender a tais especificidades.

Não existem dados sistematizados sobre o funcionamento dos conselhos de saúde indígena no Brasil. Esse é um tema que ainda espera por uma pesquisa capaz de gerar uma análise adequada sobre o assunto.

Rumos da política de saúde indígena no Brasil

A política de saúde para as minorias étnicas no Brasil precisa ser referida também a um contexto internacional em que abundam os apelos pela preservação dos recursos naturais, em contraponto a uma mudança climática global capaz de ameaçar a vida no planeta. Nesse cenário, as populações indígenas têm sido vistas como parte integrante dos ecossistemas ameaçados, havendo um clamor internacional pela preservação de suas culturas (Garnelo, 2006a).

As tensões internacionais exercem influência nas políticas internas do Brasil e encontram eco nas reivindicações de diversos movimentos sociais que apóiam a causa indígena, ou são inerentes a ela, como é o caso do associativismo indígena. Assim, a emergência de políticas sociais de apoio aos direitos das minorias deve ser entendida, não apenas como um movimento tardio do Estado brasileiro em reconhecer o direito às diferenças étnicas, mas também como resposta à opinião pública mundial, e em particular aos grupos ligados ao movimento ambientalista e/ou a entidades de importância global como o Banco Mundial.

Entretanto, a movimentação do Estado brasileiro nesse campo tem se mostrado bastante contraditória. No período de implantação do Subsistema de Saúde Indígena predominava a política neoliberal que preconizava uma participação mínima do poder público na provisão de políticas sociais, entre as quais a saúde. Priorizava-se, na época, a compra de serviços de entidades privadas para efetuar a prestação de serviços de saúde e reduzir o escopo das instituições públicas. Nesse contexto, o perfil de atuação do poder público era entendido mais como de monitoramento e de fiscalização dos serviços prestados pelas entidades privadas (Soares, 2008).

À política neoliberal somou-se uma movimentação prévia do próprio SUS: a de repassar a execução de ações de saúde para o poder municipal, limitando a atuação do governo federal a um perfil normativo, supervisor e financiador. Uma das consequências de diretrizes como esta foi a não realização de concursos públicos que pudessem prover as instituições federais de quadro de pessoal capaz de executar diretamente as ações de saúde.

Foi este o cenário em que se deu a implantação do subsistema de saúde indígena. Ao mesmo tempo que havia demanda e oportunidade política para implantar o subsistema, era também um momento adverso à organização de uma rede própria de prestação de serviços de saúde. Assim, já nos momentos iniciais do subsistema houve grande dificuldade em prover a necessária extensão de cobertura, ou seja, ampliar a oferta de ações de saúde de modo a incluir as famílias aldeadas que há décadas não dispunham de atenção regular à sua saúde, posto que não

recebessem atendimento nem por parte do órgão indigenista, nem dos sistemas municipais de saúde vizinhos às terras indígenas (Santos et al., 2008; Garnelo, 2006b).

No contexto neoliberal acima descrito, uma das principais formas encontradas para viabilizar a assistência nas aldeias foi a chamada terceirização, ou seja, a compra de serviços de entidades privadas para executar as ações necessárias para prover assistência à saúde da população indígena aldeada. Diversos foram os perfis assumidos pela terceirização. Na Amazônia, nos primeiros anos da implantação dos Distritos Sanitários, a FUNASA firmou convênios com diversas entidades indígenas e, em menor número, com outras entidades não governamentais de apoio a causa indígena, contratando seus serviços para a execução das ações de saúde prestadas nos DSEI (Feitosa, 2006; Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Em outras regiões, como no extremo Sul e na região Centro-Oeste do país, o modelo predominante foi igualmente o dos convênios firmados com entidades de direito privado, para desenvolver a mesma tarefa. A lacuna no atendimento em regiões como o Nordeste e parte da região Sudeste não pôde ser preenchida por essa estratégia, dada a ausência de entidades minimamente organizadas, capazes de firmar convênios similares. Ali, a execução das ações foi deixada a cargo dos governos municipais, o que gerou diversos conflitos de competência entre os poderes federal e municipal atuando paralelamente, com a mesma finalidade, em um mesmo espaço territorial.

Os rumos da política partidária no Brasil continuaram a exercer influência decisiva no funcionamento do subsistema de saúde indígena. As tensões entre o movimento indígena e o governo federal já haviam tido um momento de agudização na comemoração dos 500 anos de descoberta do Brasil, no ano 2000, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso. Nesta ocasião, o poder público reprimiu violentamente os protestos indígenas pela comemoração da descoberta que inaugurou o processo colonizatório que destruiu muitos povos indígenas após a chegada dos portugueses na costa brasileira. O conflito selou o afastamento definitivo de grande parte das entidades indígenas com o poder central.

Em 2003, o Partido dos Trabalhadores ascendeu ao poder, com a eleição do presidente Lula no ano anterior. Desde sua fundação, o PT havia sido o partido predileto do movimento indígena e contava com muitas lideranças indígenas entre seus filiados. A ascensão do PT ao poder maior gerou muitas expectativas positivas em torno das políticas indigenistas. Porém, ao longo dos anos seguintes tais esperanças não se concretizaram e já no ano seguinte após a eleição de Lula vieram a público os primeiros manifestos que expressavam a insatisfação indígena com a política indigenista do governo (Feitosa, 2006; Weiss e Zanchetta, 2006).

Importantes questões pendentes desde o governo anterior, como a disputa com latifundiários em Roraima pela demarcação da área Raposa Serra do Sol, permaneceram sem uma ação efetiva do poder executivo; a demarcação dessa terra indígena só foi solucionada na Suprema Corte do país, já no segundo mandato do governo Lula. A partir de 2004 os protestos indígenas tornaram-se mais visíveis, se expressando em manifestos e outros documentos públicos de protesto contra a política indigenista do governo petista, que não cumpriu suas promessas de campanha.

Um exemplo do posicionamento indígena pode ser dado através do Manifesto dos Povos Indígenas na Conferência Nacional Terra e Água, que transcrevemos, na íntegra, no trecho abaixo:

Nós, representantes de 35 Povos Indígenas presentes na Conferência Nacional da Terra e Água manifestamos nossa insatisfação com a política indigenista do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, uma vez que esta tem se pautado pela omissão diante das violências praticadas contra nossos povos, pela negligência aos nossos direitos constitucionais e a falta de interesse em estabelecer um processo de diálogo para a estruturação de uma nova política indigenista. Pelo contrário, o governo promove e incentiva a criação de comissões para discutir e pensar políticas para os povos indígenas, compostas por pessoas e autoridades que se manifestam contrários aos nossos direitos constitucionais.

Brasília, 25 de novembro de 2004.

Povos Indígenas presentes na Conferência Nacional Terra e Água:

Sabanê-Mamaindê-Lakondê-Puruborá-Wajuru-Migueleno-Oro Mon-Karitiana- Arara-Gavião-Zoró-Aikanã-Kampé-Makurap-Tupari-Kwaza-Terena-Guarani kaiowá-Guarani-Kaingang-Xokleng-Xukuru-Potiguara-Tupinambá-Pataxó Hã-hã-hãe-Xukuru Kariri-Macuxi-Wapichana-Igarikó-Apinajé-Javaé-Xerente-Krahô-Kanela-Krahô-Wapichana-Igarikó-Apinajé-Javaé-Xerente-Krahô-Kanela-Krahô-Karajá.

Esse documento, um dos primeiros a tornar pública a insatisfação indígena, sintetiza adequadamente o tom de indignação do movimento indígena com a política indigenista – ou talvez a falta de uma nova política – do governo petista. Esses problemas se replicaram de forma relativamente similar nos mais diversos campos do indigenismo estatal no governo Lula, exceção feita ao Ministério da Educação, que logrou relativo avanço nas suas ações.

Além disso, o caráter fortemente desenvolvimentista da política econômica do PT se mostrou pouco sensível às necessidades indígenas. Já no fim do segundo mandato do presidente Lula essa tensão se recrudescceu, devido a decisões unilaterais do governo, exemplificadas pelo caso da usina hidrelétrica de Belo Monte, no Pará. Ali, apesar dos protestos indígenas e de entidades ambientalistas que discordavam da obra devido ao prejuízo que causará a uma grande população indígena residente em na área de impacto da usina, o governo deliberou pela construção da obra, ignorando a objeção dos prejudicados.

Os atritos entre o governo central e o movimento indígena foram bastante amplos, e repercutiram também de forma intensa no campo da saúde. O ano de 2004 marcou uma importante mudança de rumo da política de saúde indígena. Um dos eventos de maior repercussão no associativismo indígena foi o rompimento da parceria estabelecida desde 1999 entre as autoridades sanitárias e as entidades não governamentais para a implementação do subsistema de saúde indígena. No início da implantação do subsistema, uma das molas mestras que viabilizou rapidamente a distritalização foi a celebração dos convênios com entidades não governamentais, das quais, boa parte era indígena.

Na Amazônia, entre 1999 e 2004, um total de 26 associações indígenas havia firmado convênio com a FUNASA para executar ações de saúde nos DSEI. Essas entidades, inicialmente instadas pelas autoridades governamentais para a formalização desse compromisso, foram obrigadas a estabelecer reestruturações profundas em sua modelagem institucional e mesmo em seus objetivos políticos de modo a responder adequadamente a um novo papel, o de prestadora de serviços públicos de saúde. Tal mudança implicou não apenas na exigência de alocação de quadros técnicos qualificados para gerência e execução das ações de saúde, mas também na gestão de volumes orçamentários muito superiores àqueles anteriormente movimentados pelas entidades, gerando grandes desafios ao associativismo indígena (Garnelo e Sampaio, 2005; Vianna, 2006).

Na época em que os convênios foram firmados, as lideranças indígenas tornaram pública uma motivação associada ao desejo de exercer um protagonismo que se traduzisse em ação concreta junto às suas bases políticas, à superação do estigma de incapacidade instituído pelo regime da tutela, e à busca de recursos públicos – algo inédito na história do Brasil – para o trabalho das associações indígenas. Além disso, demonstravam interesse no ganho de experiência administrativa na gestão de recursos oriundos do poder público (Garnelo e Sampaio, 2005).

Em 2004, já no governo petista, os gestores da FUNASA tomaram uma decisão, abrupta e unilateral, de rever suas prioridades no estabelecimento de parcerias. Essa posição foi tornada pública através das portarias 69/2004 e 70/2004, que redefiniram as regras do processo de gestão, centralizando na sede do órgão em Brasília a aquisição dos insumos e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde indígena e retirando do repasse das conveniadas os recursos anteriormente destinados a este fim. A medida implicou, na prática, em retirar toda a autonomia das conveniadas na condução das rotinas sanitárias sob sua responsabilidade, restringindo-as à mera posição de contratantes de pessoal para o trabalho nos DSEI.

Se o regime administrativo das conveniadas permitia um processo mais ágil de aquisição de insumos, essa possibilidade foi anulada após as portarias 60 e 70. A retomada dessa atribuição pela FUNASA in-

crementou a burocratização da gestão do subsistema e ampliou a carência de meios materiais necessários ao atendimento nos níveis locais (Garnelo, 2006b; Weis e Zanchetta, 2006).

Os protestos indígenas não tardaram a se tornar públicos, redundando em inúmeras denúncias públicas e junto ao Ministério Público Federal numa espiral que cresceu vertiginosamente nos três anos seguintes. Só no ano de 2005 registraram-se pelo menos 20 protestos de entidades indígenas, nas diversas regiões do país, posicionando-se contra os descaminhos da política de saúde indígena (Weiss e Zanchetta, 2006).

Por sua vez, a maioria das conveniadas enfrentou grande dificuldade em efetivar as prestações de contas dos recursos recebidos, segundo os moldes exigidos pela legislação federal. No clima conflitivo que se estabeleceu, os dirigentes da FUNASA, à época, desenvolveram uma pesada campanha pública de acusações de gestão inadequada dos recursos públicos por parte das conveniadas. Algumas chegaram a sofrer intervenções administrativas e até mesmo apreensão de seus bens pela polícia federal, gerando importantes prejuízos para sua imagem como defensoras dos direitos indígenas. Num plano mais administrativo, diversas conveniadas sofreram prejuízos financeiros de monta, decorrentes de ações judiciais dos profissionais que tiveram salários atrasados e outros direitos trabalhistas desrespeitados, em virtude da descontinuidade nos repasses de recursos pela FUNASA (Garnelo, 2006b).

O fracasso da parceria das associações indígenas com a FUNASA pode ser atribuído a diversas razões, tais como a mudança de orientação política dos dirigentes que, a partir de 2004 optaram pelo rompimento da aliança com o movimento indígena e a falta de monitoramento, por parte da própria FUNASA, sobre recursos repassados e objetivos e metas pactuadas nos convênios firmados. Outras razões podem ser atribuídas às deficiências de qualificação nos quadros técnicos de várias conveniadas para responder às demandas do poder público. Assinale-se também a incongruência entre a lógica de gestão das pequenas entidades de defesa dos direitos étnicos e a rigidez de atuação governamental, que se mostrou incapaz de acolher a multivariada de atuação das entidades indígenas (Garnelo e Sampaio, 2005).

Tais problemas comprometeram a credibilidade das entidades junto à população atendida e geraram prejuízos políticos e econômicos de tal magnitude que algumas delas foram obrigadas a encerrar suas atividades. Do lado da FUNASA persistiu a carência de pessoal técnico para apoiar o processo de gestão e a alta rotatividade dos dirigentes, muitos dos quais se mostraram descomprometidos com o perfil de atuação do órgão, particularmente no que diz respeito à saúde indígena.

Por outro lado, ao longo desse período, a atuação da FUNASA também foi tumultuada por um forte atrelamento da instituição a interesses partidários. Grande parte dos protestos indígenas na ocasião faziam referência a loteamento de cargos, a um acentuado grau de cooptação política dos dirigentes, particularmente nos níveis locais e regionais da instituição, e a irregularidades na aplicação dos recursos da saúde indígena (Weis e Zanchetta, 2006).

Ao longo dos dois mandatos do presidente Lula observou-se uma ampliação dos acordos com os sistemas municipais de saúde, os quais passaram a ser a interlocução preferencial com as autoridades do governo federal, no que tange a saúde indígena. Tal prioridade pode ser ilustrada através dos dados contidos no Quadro 3

Quadro 3: Recursos orçamentários repassados aos municípios – 1999 a 2006 – valores em R\$

Ano	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	C Oeste
1999	39.950,00	288.350,00	115.100,00	55.250,00	--
2000	733.450,00	2.867.039,00	967.150,00	742.450,00	13.348,00
2001	10.502.999,00	8.720.957,00	5.694.939,00	1.391.280,00	1.571.421,00
2002	18.117.720,00	11.075.238,00	6.720.040,00	1.600.500,00	3.329.328,00
2003	25.313.782,00	11.824.777,00	6.744.990,00	1.800.450,00	3.634.919,00
2004	31.610.933,00	14.600.418,00	7.779.938,00	2.063.240,00	5.355.381,00
2005	47.493.836,00	19.875.993,00	8.404.150,00	3.505.520,00	24.265.183,00
2006	50.461.273,00	23.331.549,00	7.553.873,00	3.685.100,00	27.346.916,00

Fonte: DATASUS, elaborado por Garnelo & Escobar, 2007.

Os dados contidos no quadro agregam os repasses referentes ao fator de incentivo a Atenção Básica aos povos indígenas, fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena, no período estudado. Esse levantamento, baseado nos registros do DATASUS, não é exaustivo, porque diversos municípios tiveram problemas nas prestações de contas dos recursos recebidos do governo federal e ficaram em situação de inadimplência, o que não permite acesso aos seus dados na página do DATASUS. Entretanto, as informações acessíveis confirmam a tendência de incremento no repasse para os municípios. Como se observa a partir dos valores contidos no Quadro 3, em 2002 tais repasses representaram 18% do orçamento da saúde indígena e atingiram 41,4% em 2005.

A movimentação rumo aos sistemas municipais de saúde despertou a indignação indígena, pois contraria uma diretriz histórica das lutas pelos direitos étnicos, que opta pela gestão federal da política indigenista. Em função disso, os protestos contra a gestão do subsistema pela FUNASA se ampliaram.

Esse cenário adverso gerou entraves na plena implantação da política de saúde indígena. Com base na literatura consultada sistematizamos abaixo as principais dificuldades que identificamos para o período compreendido entre 2000-2010.

- Opção do poder público pelo regime de convênio, que tem como característica inerente o atraso no repasse de recursos, gerando descontinuidade nas ações de saúde a serem desenvolvidas pelas conveniadas e inviabilizando a regularidade na oferta das ações de saúde, algo imprescindível para garantir um impacto positivo das atividades sanitárias sobre os níveis de saúde de uma população. Essa dificuldade foi agravada pela rápida mudança na titularidade dos convênios, inicialmente firmados com entidades não governamentais despreparadas para o exercício dessas funções, seguindo-se à mudança para convênios com sistemas municipais de saúde, igualmente despreparados para gerir e executar ações em saúde indígena.

- Dificuldades de gestão, execução e prestação de contas das ações financiadas pelo regime de convênios geraram paralisia nas ações de saúde nas comunidades e comprometeram a credibilidade do subsistema de saúde indígena e, no caso das entidades indígenas conveniadas, comprometeram sua atuação política, prejudicando a adesão dessas entidades às lutas pela melhoria da saúde.
- Restrita capacidade gerencial e técnica das conveniadas gerando baixa eficiência na administração de recursos e atividades e na qualidade da atenção prestada à saúde dos indígenas. Ressalve-se que tais dificuldades não foram exclusivas das convenientes não governamentais. A maior parte dos sistemas municipais de saúde (conveniados ou não) em interação com os DSEI é débil e incapaz de desempenhar adequadamente o papel de rede de referência que lhes foi atribuído pelo modelo de organização da saúde indígena.
- Insuficiente internalização das necessidades e prioridades da saúde indígena nas políticas e rotinas do Ministério da Saúde. A tal cenário se soma um relativo desconhecimento da questão indígena pelas autoridades sanitárias máximas no país.
- Enfraquecimento do controle social sobre os recursos e ações de saúde indígena, principalmente para o orçamento repassado para as prefeituras. Tal situação pode ser atribuída, em parte, à falta de transparência dos sistemas municipais de saúde sobre a aplicação dos recursos recebidos para a saúde indígena e em parte à supracitada desmobilização das entidades indígenas na atuação em política de saúde.
- Falta de investimento do Ministério da Saúde para efetuar acompanhamento técnico-administrativo e financeiro das conveniadas e das ações executadas diretamente pela FUNASA.
- Persistente falta de quadros próprios da FUNASA e do Ministério da Saúde para assumir a execução direta das ações de saúde nas aldeias.
- Em mais de dez anos de funcionamento o subsistema de saúde indígena não conseguiu implantar um modelo de atenção à saúde voltado para a prevenção de doenças e para a promoção

da saúde. A assistência desenvolvida nos DSEI permanece sendo de tipo curativo-individual, centrado na remoção emergencial de doentes graves, que atua somente após a instalação da doença e tem pouca capacidade de melhorar os níveis de saúde da população. Além disso, falta sensibilidade cultural, havendo grande distanciamento entre as práticas sanitárias efetivamente desenvolvidas e as necessidades percebidas pela clientela indígena. Ainda que não disponhamos de dados confiáveis que mostrem a evolução do perfil epidemiológico da população indígena atendida nos DSEI, as informações disponíveis mostram elevada persistência de doenças preveníveis pela ação de saúde (a esse respeito ver o capítulo 2 desse livro).

- Alta rotatividade dos profissionais que atuam nos DSEI, impossibilitando um conhecimento adequado das culturas dos grupos étnicos atendidos e a operacionalização do modelo assistencial proposto.
- Alto custo das ações, ligados a dificuldades inerentes às condições geográficas, às dificuldades de acesso e à diferenciação étnica.
- Orçamento insuficiente para as necessidades da saúde indígena; além disso, ele é distribuído com muitas desigualdades, dado o baixo grau de descentralização dos recursos até os níveis locais onde são executadas os serviços de saúde. Embora se tenha observado um incremento ao longo dos anos subsequentes à implantação dos DSEI, as difíceis condições de acesso às áreas indígenas tornam os custos operacionais muito elevados. Por outro lado, uma parte significativa do financiamento das ações de saúde indígena tem sido repassada diretamente aos municípios, os quais não atendem adequadamente às necessidades distritais.
- Não efetivação de Sistema de Informação em Saúde com dados disponíveis e confiáveis que possam subsidiar a tomada de decisão no planejamento em saúde indígena.

- Indefinição da responsabilidade de execução das ações de saúde de forma permanente; persiste a solução precária viabilizada mediante os convênios.
- Falta de uma política setorial que integre o campo indigenista como um todo e promova a articulação da política setorial de saúde com a política indigenista.

Por outro lado, diversos avanços foram obtidos. Entre os bons resultados assinalamos particularmente o reconhecimento, pelo poder público, da necessidade de concretizar uma política específica para grupos culturalmente diferenciados, iniciando a correção de uma iniquidade histórica, no trato com os povos indígenas. A diluição do atendimento dessas populações no plano geral do SUS – como vinha ocorrendo no período anterior à implantação do subsistema de saúde indígena – é, em grande parte, responsável pelos precários indicadores de saúde atualmente encontrados. Ainda que a implantação dos DSEI não seja capaz, por si só, de equacionar os graves problemas que ameaçam a sobrevivência dos povos indígenas no Brasil, ela seguramente representa uma contribuição essencial para a redução de indicadores de morbi-mortalidade indígena, que são muito piores que aqueles encontrados para o restante da população brasileira.

Outros pontos positivos gerados nesse processo podem ser citados:

- Extensão da cobertura das ações de saúde e implantação de uma rede de cuidados em locais onde anteriormente não existiam.
- Incremento significativo na alocação de recursos humanos e materiais voltados para a saúde dos povos indígenas.
- Implantação das instâncias de controle social (Conselhos de Saúde).
- Interação (inicialmente) respeitosa entre o Estado e minorias étnicas superando as práticas tutelares que predominavam na atuação do poder público.
- Empoderamento das organizações indígenas e ganho de experiência no trato com o poder público;

Os continuados protestos frente aos descaminhos da FUNASA na condução dos rumos da saúde indígena geraram, por fim, uma resposta

do governo federal. Este optou por atender a uma antiga reivindicação indígena e propôs a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, viabilizada através do No. 7336/MS Out 2010, após sua aprovação no Congresso Nacional, em conjunto com uma série de iniciativas de defesa dos direitos humanos.

A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena representa um avanço na efetivação dos direitos dos povos indígenas a atenção diferenciada, que é, há tantos anos, objeto de luta dos militantes da causa indígena. Entretanto, o processo de criação do novo órgão ocorreu em período de campanha pré-eleitoral da presidência da república, gerando um cenário de incerteza na continuidade do apoio à proposta e da implementação plena da recém-aprovada Secretaria Especial de Saúde Indígena.

No momento atual tem-se os primeiros passos na reformulação do subsistema com a nova Secretaria, mas não há, ainda, clareza sobre os rumos futuros da política de saúde indígena.

Questões para pensar o futuro

A criação da secretaria representa apenas um passo inicial para um longo processo de efetivação do modelo em ações práticas e resolutivas dos problemas de saúde. Independentemente do partido que governará o país nos próximos anos, alguns problemas fundamentais precisam ser equacionados para que o subsistema de saúde indígena possa atuar de modo adequado.

Um primeiro problema sobre o qual será necessário refletir é o atrelamento partidário na saúde indígena. Ainda que os determinantes políticos sejam inerentes a qualquer política social, no caso indígena eles têm implicado na ocupação dos postos de trabalho, particularmente em níveis de gestão, de pessoas com insuficiente qualificação técnica para o exercício de suas funções, prejudicando o desempenho do subsistema.

Outro ponto relevante a ser superado é o regime de convênios para a prestação de serviços que – inevitavelmente – gera descontinuidade no custeio das ações. Tal estratégia precisa ser substituída por formas ágeis

de financiamento que garantam um fluxo contínuo de recursos para as entidades executoras de serviços, garantindo-se níveis permanentes de cobertura assistencial. A alternativa à vista, que é o repasse direto da SAS para os sistemas municipais de saúde não se mostra muito promissora, dada a debilidade da rede assistencial dos que se situam em áreas rurais remotas e a falta de definição clara de seu comprometimento com as necessidades sanitárias das famílias indígenas atendidas.

A elevada rotatividade do pessoal contratado é outro fator de comprometimento da qualidade das ações ofertadas no subsistema de saúde indígena. As condições atuais de trabalho das equipes, contratadas sob vínculo precário, não favorecem a continuidade dos quadros profissionais que atuam nos DSEI, de modo a acumular conhecimento sobre as culturas diferenciadas que estão sob sua responsabilidade sanitária. A sensibilidade cultural do cuidado passa pelo entendimento das singularidades da população atendida, assim sendo, a estabilidade das equipes torna-se elemento fundamental para buscar o adequado cumprimento desse princípio da política de saúde indígena.

A extensão da cobertura nas aldeias e a manutenção de uma rede resolutiva e culturalmente sensível de atenção à saúde são caminhos insubstituíveis para a promoção da desejada equidade que pode contribuir para a redução das desigualdades sociais e sanitárias que hoje incidem pesadamente sobre os povos indígenas.

Referências bibliográficas

- AZEVEDO, M.M. Censos demográficos e os “índios”: Dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C.A. (Org.). *Povos indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 79-83, 2000.
- _____. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: RICARDO, B. e RICARDO, F. (Orgs.). *Povos indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 55-58, 2006.
- ARANTES, R.; FRAZÃO, P. e SANTOS, R.V. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2010 (no prelo).

BASTA, P.C. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37:338-342, 2004.

BÓIA, M.N. et al. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 43(1):176-178, 2009.

BRAND, A. e PÍCOLI, R.P. Mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani. In: RICARDO, B. e RICARDO, F. (Orgs.). *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 795-98, 2006.

CARDOSO, A.M., COIMBRA Jr., C.E.A., TAVARES, F.G. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13: 21-34, 2010.

COIMBRA, Carlos; GARNELO, Luiza; SANTOS, Ricardo Ventura. Salud de los pueblos indígenas y políticas públicas en Brasil. *Anales*. Instituto Ibero-Americano. Universidad de Gotemburgo, v. 9/10, pp. 137-151, 2007.

COIMBRA, Carlos et al. Sistema em Transição. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos Indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 141-144, 2006.

CONSÓRCIO IDS-SSL-Cebrap. *Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde de Indígena*, Abril de 2009.

COSTA, D.C. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4:388-401, 1987.

DIEHL, Eliana et al. Financiamento e Atenção a Saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 217-235, 2003.

ERTHAL, Regina. A Formação do Agente de Saúde Indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 197-216, 2003.

ESCOBAR, Ana L. et al. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e Escobar, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.127-148, 2003.

- SCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo R. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 979-1010, 2008.
- SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964-1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 385-434, v. 1, 2008.
- FEITOSA, Saulo F. A política indigenista na agenda neoliberal. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos Indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 141-144, 2006.
- FLEURY, Sônia e OUVENEY, Assis. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 23-64, 2008.
- GARNELO, Luiza e BRANDÃO, L.C. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. , pp. 235-257, 2003.
- GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. *Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil*. Brasília: Ed. OPAS, 2003, 120 p.
- GARNELO, Luiza e ESCOBAR, Ana L. Política de Saúde Indígena no Brasil no Período de 1999 a 2006: Rumamos para a Municipalização? Trabalho apresentado na VII Reunião de Antropologia do MERCOSUL. MR03 – *Políticas Públicas em Saúde e Direitos Étnicos na América do Sul*, Porto Alegre, 2007.
- GARNELO, Luiza e SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, pp. 1217-1223, 2005.
- GARNELO, Luiza. Globalização e ambientalismo: etnicidades polifônicas na Amazônia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, pp. 755-767, 2006a.
- _____. Políticas de saúde indígena na Amazônia: Gestão e contradições. In: SCHERER, Elenise e OLIVEIRA, José Aldemir de. (Org.). *Amazônia: Políticas públicas e diversidade cultural*. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, v. 1, pp. 133-160, 2006b.

- HOFFMANN-BARROSO, Maria et al. Administração pública e os povos indígenas. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela. (Orgs.). *A era FHC e o governo Lula: transição?*. 1 ed. Brasília: Edição INESC, v. 1, pp. 295-328, 2004.
- IMBIRIBA, Elsia Belo et al. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso), v. 25, pp. 972-984, 2009.
- KÜHL, A.M. et al. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2): 409-420, 2009.
- LIMA, A.C.S. e BARROSO-HOFFMAN, M. (Orgs.). *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contracapa, pp. 7-29, 2002.
- NORONHA José C; LIMA, Luciana D. e MACHADO, Cristiani V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 435-472, 2008.
- OLIVEIRA, J.P. (Org.) *Indigenismo e territorialização. Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contracapa, pp. 43-68, 1998.
- SANTOS, Ricardo V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 1035-1056, 2008.
- SOARES, Laura. Políticas Sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 923-944, 2008.
- VERDUN, Ricardo. Perdas e Ganhos no Orçamento Indigenista do Governo Federal. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 124-130, 2006.
- VIANNA, Fernando. O novo modelo de atendimento. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 131-133, 2006.
- WEISS, Bruno e ZANCHETTA, Inês. Saúde. Caos e Retrocesso. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 134-137, 2006.