

“Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”

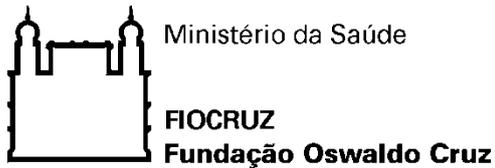
por

André Luiz Martins

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sônia Marise Salles Carvalho

Brasília, setembro de 2013.



Esta dissertação, intitulada

“Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”

apresentada por

André Luiz Martins

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Umberto Euzébio

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Sônia Marise Salles Carvalho – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M386 Martins, André Luiz
Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. / André Luiz Martins. -- 2013.
126 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Carvalho, Sônia Marise Salles
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde de Populações Indígenas. 2. Política de Saúde. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Serviços de Saúde Comunitária. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Índios Sul-Americanos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 980.41

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me abençoa e me fortalece em todos os momentos. Ilumina e protege meus caminhos.

Aos meus pais, Cida e João, por serem especiais e essências na minha vida, e por terem me proporcionado tudo o que precisei para meu crescimento intelectual, moral e espiritual.

A toda minha família que sempre apoiou minhas decisões, iniciativas e posições.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Sônia Marise Salles Carvalho, pelo acolhimento e pela importante contribuição na construção desse estudo, sugerindo caminhos, métodos, forma, instrumentos e permitindo que eu aprofundasse minhas reflexões sobre o tema.

Aos meus amigos e amigas que, de diferentes formas, me auxiliaram nesse caminho e nessa conquista tão almejados.

À Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz e ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) pela realização do curso de mestrado em saúde pública, com ênfase em desenvolvimento e políticas públicas.

À Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde pelo apoio e liberação para que eu pudesse participar de todas as disciplinas e atividades do curso.

RESUMO

No Brasil, tradicionalmente, a assistência à saúde à população indígena era realizada pela igreja católica, por meio dos missionários. A primeira atuação do Estado no campo da saúde indígena foi no início do século passado, quando se constituiu um aparelho estatal para cuidar desses povos. A partir de então, fora se constituindo um sistema de saúde baseado num modelo de ações esporádicas, emergenciais, ineficientes e de baixa cobertura. Com a Constituição Federal, e a criação do Sistema Único de Saúde, ambos em 1988, foi reconhecido o direito dos povos indígenas a um tratamento à saúde diferenciado. A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio da Lei *Arouca*, em 1999, pretendeu adequar os serviços e ações de saúde às necessidades de saúde da população indígena, respeitando as especificidades étnicas e culturais. A Fundação Nacional de Saúde recebeu a missão de estruturar uma rede de serviços básicos de saúde por meio da implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Nesse contexto, esse estudo objetiva discutir a atuação do Estado no campo das políticas de saúde indígena, a partir da primeira década do século XX; apresentar o processo de implementação do subsistema, de 1999 a 2010; e analisar os resultados da política de saúde indígena. Para tanto, optou-se por um estudo qualitativo-descritivo no formato de ensaio. O ensaio é um estudo conceitual, teórico, discursivo e conclusivo, que consiste em uma exposição lógica e reflexiva e em argumentação rigorosa. Observou-se que, após doze anos de implementação, ainda que enfrentando dificuldades nos campos da gestão e financiamento, o subsistema foi capaz de constituir uma rede ampla de serviços de atenção primária à saúde nas terras indígenas, ampliando o acesso da população indígena aos serviços terapêuticos, de promoção e prevenção à saúde, antes inacessíveis. No entanto, os esforços empreendidos não foram suficientes para vencer as dificuldades de oferecer serviços regulares, sistemáticos, diferenciados e integrais ao universo complexo e dinâmico dos povos indígenas. A efetivação da descentralização e autonomia dos distritos, bem como a regulamentação sobre as relações interfederativas (estados e municípios) ainda se configuram como desafios importantes. Há, também, necessidade de se rediscutir e aprimorar o modelo de atenção integral à saúde, fortalecer os mecanismos de gestão de pessoas e de controle social, além de reorganizar o modelo de financiamento do setor.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, traditionally, the health assistance to the indigenous population was held by the Catholic Church, through the missionaries. The first role of the State in the field of indigenous health was at the beginning of the last century, when it was a State apparatus to take care of these people. From then on, off if a health system based on a model of sporadic actions, emergency, inefficient and low coverage. With the Federal Constitution, and the creation of the unified Health System, both in 1988, was recognized the right of indigenous peoples to a health treatment. The creation of the subsystem of Indian health care, through the Arouca Law in 1999, intended to adapt the health actions and services to the health needs of the indigenous population, respecting ethnic and cultural specificities. The National Health Foundation received the mission to structure a network of basic health services through the deployment of 34 Special Indigenous Health Districts. In this context, this study aims to discuss the role of the State in the field of indigenous health policies, from the first decade of the 20th century; present the implementation process of the subsystem, of 1999 to 2010; and analyze the results of the Indian health policy. To this end, we opted for a qualitative descriptive study in test format. The test is a conceptual, discursive, theoretical study and conclusive, that consists of an exhibition and reflective logic and argumentation. It was observed that, after twelve years of implementation, although struggling in the fields of management and financing, the subsystem was able to establish a broad network of primary health care services in indigenous lands, expanding the indigenous population's access to therapeutic services, health promotion and prevention, before inaccessible. However, the efforts were not enough to overcome the difficulties of regular, systematic services, differentiated and integral to the dynamic and complex universe of indigenous peoples. The completion of the decentralization and autonomy of districts, as well as the regulations on relations between the federated entities (States and municipalities) still constitute as important challenges. There is also need to bring and improve the model of integral attention to health, strengthen the mechanisms of personnel management and social control, in addition to reorganize the sector model.

Keywords: Indigenous Health; Indigenous Health Care Sub-System; Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

AIS - Agentes Indígenas de Saúde

AISAN - agentes indígenas de saneamento

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Casai - Casas de Saúde do

CF - Constituição Federal

CISI - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

CNPI - Comissão Nacional de Política Indigenista

CNPI - Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Pública

Core - Coordenações Regionais da Funasa

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

DataSUS - Departamento de Informática do SUS

Desai - Departamento de Saúde Indígena

DNV - Declaração de Nascido Vivo

DO - Declaração de Óbito

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

EVS - Equipes Volantes de Saúde

FioCruz - Fundação Oswaldo Cruz

Funai - Fundação Nacional do Índio

Funasa - Fundação Nacional de Saúde

IAE-I - Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à população indígena

IAP-I - Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPA - Índice Parasitário Anual

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ONG - Organização-Não-Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PDRE - Plano Diretor da Reforma do Estado

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNI - Programa Nacional de Imunizações

Rename - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SASI-SUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SBPS - Sistema Brasileiro de Proteção Social

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

Sesai - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Sivep - Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária

SMS - Secretarias Municipais de Saúde

SPI - Serviço de Proteção aos Índios

SPILTN - Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais

STN - Serviço Nacional de Tuberculose

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01. Distribuição percentual da população indígena, por localização do domicílio, segundo as Grandes Regiões – 2010.....	26
GRÁFICO 02: Pirâmide populacional da população indígena cadastrada no SIASI em 2010.....	27
GRÁFICO 03. Composição por sexo e idade da população residente, segundo a situação do domicílio – Brasil – 1991/2010.....	28
GRÁFICO 04. Crescimento anual do orçamento da saúde indígena no período de 2001 a 2009.....	69
GRÁFICO 05. Percentual (%) de indígenas atendidos que concluíram tratamento odontológico básico e estão livres de cárie dentária e doença periodontal (infecção intrabucal controlada), entre os anos 2004 e 2010. Brasil, 2010.....	97
GRÁFICO 06. Cobertura vacinal na população indígena < 1 ano de idade. Brasil, 2010.....	98
GRÁFICO 07. Porcentagem da população Indígena com esquema vacinal completo, 2006 a 2010.....	99
GRÁFICO 08. Taxa de mortalidade infantil para população geral e população indígena atendida pelo SASI-SUS. Brasil, 2000 a 2010.....	105

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Mapa dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígena.....	80
FIGURA 02 – Modelo organizacional e assistencial do subsistema de atenção à saúde indígena.....	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 01. Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões – 1991/2010.....	24
TABELA 02. Domicílios particulares permanentes com pelo menos um morador indígena, por localização do domicílio, segundo as características dos domicílios - Brasil – 2010.....	32
TABELA 03: Número de convênios de saúde indígena, por ano, e valor total orçamentário aplicado.....	62
TABELA 04. Número de trabalhadores da saúde indígena, por categoria profissional e tipo de vínculo, 2007.....	63
TABELA 05 – Valores de incentivos transferidos anualmente pelo FNS para hospitais (IAE-PI) e municípios (IAB-PI) e pela Funasa à entidades conveniadas.....	68
TABELA 06. Investimento, em reais (R\$), em equipamentos e material permanente para a saúde indígena por meio da Funasa, Projeto VigiSUS e Convênios, em diferentes períodos.....	93
TABELA 07. Realização de pelo menos uma consulta de pré-natal e média de consulta de pré-natal, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.....	94
TABELA 08. Taxa de Mortalidade Infantil (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos. Brasil, 2000 a 2010.....	104
TABELA 09. Taxa de mortalidade infantil da população indígena atendida pelo SASI-SUS, por região. Brasil, 2000 a 2009.....	105
TABELA 10 . Número de casos de Malária registrados no Brasil e em populações indígenas, em anos alternados. Brasil, 1995 a 2010.....	107
TABELA 11. Número de óbitos e letalidade por malária registrados no Brasil e em populações indígenas, em anos alternados. Brasil, 1995 a 2010.....	108
TABELA 12 . Incidência (por 100 mil), percentual de cura e abandono, de todas as formas de Tuberculose no Brasil, populações indígenas e DSEI. Brasil, 2006 a 2010.....	110

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DA PESQUISA	17
CAPÍTULO 2 – SOCIEDADE INDÍGENA, ESTADO E DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	21
2.1. Aspectos sociais e demográficos dos povos indígenas	21
2.2. Antecedentes constitucionais da política pública de saúde e da saúde indígena.....	33
2.3. A constituição do SUS e do Subsistema de Saúde Indígena.....	41
CAPÍTULO 3 - A IMPLEMENTAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DE 1999 A 2010	49
3.1. Organização e gestão do subsistema	49
3.1.1. A questão dos Recursos Humanos e a Terceirização	56
3.1.2. Financiamento da Saúde Indígena	64
3.1.3 Participação Social	71
3.2. Distritalização Sanitária e Modelo Assistencial	78
CAPÍTULO 4 - DIMENSÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DE 1999 A 2010	87
4.1. Acesso e cobertura	89
4.2. Acesso a medicamentos.....	100
4.3. Mortalidade infantil	103
4.4. Vigilância e controle de doenças	106
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS	111
BIBLIOGRAFIA	118

INTRODUÇÃO

As políticas indigenistas se referem ao conjunto de ações e atividades adotadas pelo Estado em relação às populações indígenas que habitam seu território. Nessa lógica, saúde, educação, meio ambiente, desenvolvimento sustentável podem ser tratadas como políticas setoriais que constituem o indigenismo (OLIVEIRA, 1995).

O primeiro órgão de Estado criado, no início do século passado, para proteger e assistir aos índios foi o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI), que, posteriormente, ampliou suas atribuições, criando um serviço de saúde para as populações indígenas, e passou a se chamar Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Antes da implantação desses órgãos, tradicionalmente, a igreja católica, por meio de seus missionários, prestava assistência ocasional aos índios.

Na década de 60, com a chegada dos militares ao poder, o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (Funai), que criou uma Divisão de Saúde para cuidar da assistência à saúde dos povos indígenas.

Com a Constituição Federal (CF) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ambos em 1988, foi reconhecido o direito dos povos originários às suas terras e a um tratamento diferenciado a eles.

Na década de 90, frente às insatisfações sobre a atuação da Funai no campo da saúde indígena, eclodiram uma série de movimentos indígenas que reivindicavam a criação de subsistema de saúde diferenciado e universal para a população indígena, que seria gerido pelo Ministério da Saúde e que lhes garantiria a participação nos processos de planejamento, execução e avaliação da política pública.

A Lei *Arouca* (Lei nº. 9.836), de 1999, – que incluiu o capítulo V na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8.080/90 – criou um subsistema de atenção diferenciada à saúde - o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) - como parte integrante SUS. Portanto, essa lei constitui-se como o principal dispositivo legal da saúde indígena.

A partir de então, o Ministério da Saúde (MS) passou a ser responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para promoção e recuperação da saúde do índio, enquanto a Fundação

Nacional de Saúde (Funasa), órgão vinculado ao MS, passou a ser responsável pela coordenação e execução das ações de saúde.

O atual sistema público de saúde indígena foi estabelecido há mais de uma década. Desde então, uma série de dispositivos legais moldaram e regularam o funcionamento do sistema de saúde e instituíram modelos de gestão e atenção à saúde bastante peculiares e complexos.

O meu interesse pela temática da política de saúde indígena é fruto da minha inserção profissional na área. Mergulhei nesse campo por ter tido a oportunidade de vivenciar a execução da política de saúde indígena, de 2005 a 2008, fazendo parte de uma equipe multidisciplinar de assistência à saúde indígena na região amazônica (Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro) e, posteriormente, de coordenar os serviços de saúde nessa região.

Nos anos de 2009 e 2010 passei a integrar uma equipe técnica responsável pela formulação e implementação da política de saúde indígena no Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa, em Brasília-DF. Em função da transferência da gestão da saúde indígena da Funasa para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde no fim de 2010, atualmente continuo componho a equipe de gestão da atenção à saúde indígena nessa Secretaria, sediada em Brasília-DF, que por sua vez colabora na definição de estratégias de execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde, na perspectiva da melhoria contínua e aperfeiçoamento da política pública.

Envolvi-me na política de saúde indígena por entender a complexidade da relação entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, e por acreditar que o poder público pode atuar de forma mais substantiva e ser capaz de ofertar serviços de saúde de qualidade aos povos indígenas que vivem, muitos deles, à margem das políticas públicas.

Apesar de que na primeira década de existência do subsistema um intenso processo de implantação de distritos sanitários e, conseqüentemente, de uma rede de serviços de atenção à saúde diferenciada - que contemplasse e respeitasse aspectos da cultura e da multiplicidade étnica - tenha ocorrido, poucos são os estudos que se propuseram analisar o processo de implementação do subsistema.

Embora alguns pesquisadores tenham analisado o movimento de distritalização sanitária na saúde indígena (Athias & Machado, 2001; Garnelo & Sampaio, 2005), o processo de implementação do subsistema ainda tem sido pouco contemplado em estudos que objetivam discutir a atuação e os resultados da macropolítica.

Um dos raros esforços de avaliação do subsistema partiu do Projeto VigiSUS¹ II/Funasa, financiado pelo Banco Mundial, que realizou um diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena e apresentar propostas para implantação de novos modelos de atenção, gestão financiamento, organização e monitoramento & avaliação. Esse trabalho foi realizado por um consórcio formado pelo IDS (Institute of Development Studies), SSL (Saúde Sem Limites) e Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento).

A existência de poucos estudos que traçam uma análise sobre o histórico da política de saúde indígena, bem como os percursos que levaram à atual configuração, e, também, da carência de pesquisas institucionais e não institucionais sobre o desenvolvimento da política de saúde têm dificultado o conhecimento da dimensão de seus resultados, informação esta que pode ser utilizada para melhorar a concepção sobre a implementação da política de saúde, para fundamentar decisões e para melhorar a prestação de contas.

O estudo da história da política de saúde indígena no Brasil, a partir da primeira década do século XX, relacionada ao contexto histórico, político, social e econômico do Brasil, é de relevância para as políticas sociais, uma vez que pode oferecer subsídios para uma melhor compreensão sobre o modo de intervenção do Estado junto aos povos indígenas, sobre o perfil de atuação e desempenho do poder público no campo da saúde indígena, bem como sobre os avanços conquistados, as lacunas que permanecem e os desafios que se renovam no árduo compromisso de oferecer serviços de saúde às populações indígenas.

Por isso, tonar-se importante discutir o processo de implementação do Subsistema de Atenção de Saúde Indígena, destacando as estratégias, arranjos adotados, e os principais problemas enfrentados; além de analisar os resultados alcançados pela implementação da política de saúde indígena. Além disso, é fundamental compreender o processo pelo qual o

¹ O Projeto VIGISUS (Projeto de Vigilância e Controle de Doenças) é um acordo de empréstimo firmado entre o governo brasileiro e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD – Banco Mundial) com objetivo de contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da vigilância em saúde indígena, controle de doenças, controle social, e no fortalecimento da capacitação institucional, em especial nas áreas de saúde mental, vigilância alimentar e nutricional, medicina tradicional e iniciativas comunitárias.

subsistema alcançou ou não seus resultados, analisando a dinâmica da intervenção estatal e os problemas concretos advindos da implementação.

A reflexão sobre o subsistema também é importante para o órgão público responsável pela condução da política, uma vez que pode oferecer subsídios para a tomada de decisão sobre a continuidade ou não da política de saúde, sobre a necessidade ou não de intervenções, rearranjos, ajustes, ou mesmo correção de rumos. Além disso, esse estudo pode contribuir para a produção de conhecimento sobre a necessidade de melhorias no desenvolvimento da política de saúde indígena.

Por se tratar de tema complexo e abrangente, e em função de minha atual posição profissional - membro integrante de uma equipe técnica do nível central responsável por formulação e implementação da política de saúde indígena no país - adotou-se como campo de trabalho a análise da macropolítica. Nesse contexto, esse estudo pretende refletir e propor melhorias para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que é objeto dessa pesquisa.

Considerando as questões mencionadas, o presente trabalho tem por objetivo apresentar o processo de implementação do Subsistema de Atenção de Saúde Indígena no Brasil, no período de 1999 a 2010, destacando as estratégias e arranjos adotados, os avanços, bem como os principais problemas enfrentados.

Para o alcance do objetivo desse estudo, especificamente, este trabalho tratou de (i) discutir os principais marcos legais da saúde indígena, a partir da primeira década do século XX, e refletir sobre o modo de intervenção do Estado junto aos povos indígenas; (ii) apresentar o processo de implantação e implementação do Subsistema de Atenção de Saúde Indígena, de 1999 a 2010; e (iii) analisar os resultados da política de saúde indígena.

O primeiro capítulo refere-se à metodologia utilizada durante a realização deste estudo. O segundo capítulo apresenta um histórico sobre o desenvolvimento da política de saúde indígena e do SUS, bem como sobre as relações com o modelo de atuação do Estado frente às populações indígenas. O terceiro capítulo apresenta, sob os aspectos da gestão, distritalização sanitária e modelo assistencial, o processo de implementação do subsistema. O quarto capítulo refere-se à análise e discussão sobre os principais resultados obtidos pelo subsistema desde sua implantação até o ano de 2010, ano que marca o fim do período de gestão da Funasa e o início da transição da gestão para a Sesai/MS.

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DA PESQUISA

Por se tratar de um tema complexo e abrangente, que por sua vez envolve inúmeros aspectos e dimensões da política setorial de saúde indígena, optou-se por um estudo qualitativo e analítico. Logo, em termos metodológicos, esses elementos possibilitaram que esta pesquisa adotasse o formato de um ensaio.

Do ponto de vista científico, o ensaio, segundo Rauen (1999, p. 137) é uma “exposição metódica dos estudos realizados e das conclusões originais obtidas após o exame de um assunto”. Sua concepção advém de um estudo conceitual, teórico, bem desenvolvido, formal, discursivo e concludente, consistindo em exposição lógica e reflexiva e em argumentação rigorosa com alto nível de interpretação e julgamento pessoal.

A característica central do ensaio é o desenvolvimento de uma tese pessoal, coesa e coerente aos propósitos do estudo. Trata-se, pois, de uma exposição formal e concludente que objetiva sistematizar e contribuir com o desenvolvimento de questões polêmicas para a elucidação de um determinado tema de investigação.

Segundo Prodanov & Freitas (2013, p. 103), a utilização do ensaio proporciona

maior liberdade por parte do autor, no sentido de defender determinada posição, sem que tenha de se apoiar no rigoroso e objetivo aparato de documentação empírica e bibliográfica. O ensaio não dispensa o rigor lógico e a coerência de argumentação e, por isso mesmo, exige grande informação cultural e muita maturidade intelectual. Além disso, o ensaio é problematizador, antidogmático e nele devem sobressair o espírito crítico do autor e a originalidade.

A oportunidade de ter atuado como profissional de saúde e ter vivenciado diversas questões envolvem a política de saúde indígena também me ofereceu, como observador-participante, importantes elementos que contribuíram para a reflexão sobre a temática.

Não obstante, é importante esclarecer que nesse estudo, embora haja uma referência sobre minha atuação profissional no campo da saúde indígena, a dimensão que se destaca é a do pesquisador, que busca contribuir para ampliação do conhecimento nessa área.

Para o alcance dos objetivos desse trabalho foram utilizadas informações obtidas por meio de diversas fontes públicas.

Foi realizada análise de documentos e relatórios produzidos pela Funasa e Projeto VigiSUS II/Funasa, relatórios de Conferências Nacionais de Saúde Indígena, relatórios de gestão da Funasa, informes técnicos da Funasa, boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, e publicações técnicas da Funasa.

Utilizou-se, também, informações dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), disponíveis no sítio do Departamento de Informática do SUS (DataSUS), e de indicadores demográficos e socioeconômicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

Dispositivos legais, como, Leis, Portarias, Decretos, Acórdãos, e Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), também foram utilizados na pesquisa. Além desse material, também foram utilizados livros, artigos científicos, dissertações e teses que se relacionam com a temática abordada.

Para a construção do primeiro objetivo específico, que almejou apresentar a dinâmica demográfica da população indígena brasileira e a trajetória das políticas de saúde desenvolvidas pelo Estado brasileiro desde as primeiras décadas do século XX até a implantação do subsistema de saúde indígena, em 1999 - o qual se encontra retratado no segundo capítulo desse estudo - optou-se inicialmente por identificar estudos e indicadores censitários que tratam da temática demográfica, e posteriormente, por mapear, no ordenamento jurídico, normas (constitucionais e infraconstitucionais) sobre políticas públicas, em especial de saúde, dirigidas a populações indígenas.

Os indicadores demográficos das populações indígenas foram identificados por meio de pesquisas no sítio oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (www.ibge.gov.br), na base da Scielo (Biblioteca Científica Eletrônica *On Line*) (<http://www.scielo.org/php/index.php>) e em relatórios técnicos da Funasa publicados que apresentam dados demográficos da população indígena cadastrada no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

As normas legais que tratam das políticas públicas relacionadas aos povos indígenas foram identificadas nos sítios da Presidência da República (PR) (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>) e do Sistema de Legislação em Saúde do Ministério da Saúde (MS) (<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/principal.cfm>). Dentre essas, foram mapeadas as normas infraconstitucionais que tratam da criação de instituições públicas que foram responsáveis pela execução de ações de Estado dirigidas aos índios, bem como normas constitucionais relacionadas aos direitos indígenas (Cap. VIII) e ao direito à saúde (Cap. II).

De maneira análoga, procedeu-se ao estudo dos artigos científicos, teses, dissertações relacionados com a construção da política de saúde indígena no Brasil, que foram obtidos por meio de pesquisa no sítio da Scielo (Biblioteca Científica Eletrônica *On Line*) (<http://www.scielo.org/php/index.php>) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>).

A construção histórica da estruturação do Estado no campo da saúde pública, em especial da saúde indígena, conduziu a elaboração do segundo objetivo específico, retratado no terceiro capítulo, que objetivou apresentar o processo de implantação/implementação de um subsistema, no interior do SUS, específico para cuidar da saúde das populações indígenas.

O primeiro passo foi o de analisar a “Organização e Gestão do Subsistema”, englobando questões relacionadas aos recursos humanos, financiamento e participação social. e o processo de “Distritalização Sanitária”, entendido como modelo de assistência à saúde adotado.

Para apoiar a análise desse capítulo, o primeiro passo foi reunir artigos, teses, dissertações que se referem com a temática – por meio de pesquisa no sítio da Scielo (Biblioteca Científica Eletrônica *On Line*) (<http://www.scielo.org/php/index.php>) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>) –, além de livros, relatórios técnicos e de gestão publicados pela Funasa. O segundo passo foi buscar as normas (leis, portarias, decretos) que regulamentam, ou regulamentaram, a política de saúde indígena durante o período de 1999 e 2010, por meio de pesquisa nos sítios da PR, MS e Funasa, nos mesmos links anteriormente mencionados.

A opção adotada para o desenvolvimento desse capítulo foi o de apresentar, com base no arcabouço legal instituído, nas condições e limitações políticas, econômicas e institucionais do período, uma análise sobre a trajetória de implementação do subsistema de

saúde indígena, demarcando os limites, os obstáculos, as lacunas e os desafios da política setorial.

A partir desse procedimento foi possível a construção do terceiro e último objetivo específico – “dimensões analíticas da implementação do subsistema de atenção à saúde indígena de 1999 a 2010” – que se pautou por apresentar alguns resultados da implementação da política de saúde indígena baseados em indicadores de acesso, estruturação e resultado.

Para tanto, foram utilizados números/indicadores obtidos por meio de pesquisa nos sítios do DataSUS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>) e da Funasa (<http://www.funasa.gov.br/site/publicacoes/especiais-funasa/>), além de pesquisa de artigos científicos, revistas, publicações, informes técnicos e relatórios no sítios do MS (www.saude.gov.br); Funasa (<http://www.funasa.gov.br/site/publicacoes/especiais-funasa/>), Scielo (Biblioteca Científica Eletrônica *On Line*) (<http://www.scielo.org/php/index.php>) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>).

Em relação aos aspectos éticos, este estudo cumpre com as exigências previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 1996, visto que não fere os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros.

Além de toda base documental de acesso livre (dispositivos legais, normas, artigos científicos, relatórios, informes, boletins) utilizada para a construção desse trabalho, optou-se, também, por utilizar apenas dados secundários de domínio público e de acesso irrestrito, ou seja, dados sobre a temática indígena que se encontram publicados e/ou disponíveis.

Não foram utilizados nessa pesquisa dados primários ou informações de acesso privilegiado ou restrito. Portanto, seguindo as recomendações da Resolução do CNS/96 este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz).

CAPÍTULO 2 – SOCIEDADE INDÍGENA, ESTADO E DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Esse capítulo se propõe a discutir as dimensões da sociedade indígena brasileira e a história da política de saúde indígena e da saúde pública no Brasil.

Além de apresentar uma cronologia dos principais marcos e fatos históricos da saúde indígena e da saúde pública, pretende-se recuperar as análises de estudos sobre o tema e refletir sobre o modo de atuação do Estado junto aos povos indígenas.

Na primeira seção serão apresentados aspectos da dinâmica demográfica e social dos povos indígenas do Brasil, considerados importantes determinantes das condições de vida e saúde. O uso de indicadores sociais e demográficos nos permite conhecer as características de uma determinada população e sua evolução ao longo do tempo no território.

Na segunda seção serão abordados os episódios históricos importantes da gênese e desenvolvimento da política setorial de saúde indígena no Brasil, a partir da primeira década do século XX, bem como da política pública de saúde, e suas relações com os modelos de atuação do Estado.

A terceira seção tem seu foco voltado na importância da CF/88 para o sistema público de saúde e para as populações indígenas, bem como na análise de aspectos e movimentos relacionados à implementação e descentralização do SUS, a partir de 1990, e à implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS)², em 1999.

2.1. ASPECTOS SOCIAIS E DEMOGRÁFICOS DOS POVOS INDÍGENAS

As comunidades indígenas, povos e nações são aqueles que, tendo uma continuidade histórica com a pré-invasão e as sociedades pré-coloniais que se desenvolveram em seus territórios, consideram-se distintas dos outros setores das sociedades existentes atualmente naqueles territórios (ONU, 2004).

Eles formam setores não dominantes da sociedade e estão determinados a preservar, desenvolver e transmitir às futuras gerações os seus territórios ancestrais e sua identidade

² A sigla SASI-SUS será utilizada nesse documento, embora ela tenha sido adotada apenas em 2011 pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, atual responsável pela saúde indígena no Brasil.

étnica, como base da sua existência continuada como povos, em conformidade com os padrões culturais, com as instituições sociais e com o sistema legal que lhe são próprios (ONU, 2004).

A compreensão sobre o conceito de "povos indígenas e tribais" também está contida no artigo 1º da Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, aprovada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Ao invés de uma definição, o documento indica que a Convenção se aplica:

a) aos povos tribais em países independentes, cujas condições sociais, culturais e econômicas os distingam de outros setores da coletividade nacional, e que estejam regidos, total ou parcialmente, por seus próprios costumes ou tradições ou por legislação especial; b) aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas.

Ainda segundo a convenção, a autoidentificação indígena é considerada como um elemento fundamental na sua definição. Em uma base individual, uma pessoa indígena é aquela que pertence aos povos indígenas por meio da autoidentificação como indígenas (consciência do grupo) e é reconhecida e aceita pelo grupo como um dos seus membros. Isso preserva a essas comunidades o direito soberano e o poder de decidir quem pertence a eles, sem interferências externas.

O conhecimento e a identificação da população indígena de um país são fundamentais para orientar e avaliar as políticas públicas para esses povos. No mundo existem mais de 350 milhões de indígenas, em mais de 70 países, com mais de 5 mil línguas e culturas. A América Latina e o Caribe contam com uma população indígena em torno de 45 a 48 milhões em mais de 400 diferentes grupos indígenas (STEPHENS, et al, 2006).

Não obstante a importância do conhecimento sobre a dinâmica demográfica da população indígena, a identificação e compreensão sobre diversos aspectos da vida social e econômica – como: renda, educação, emprego, desenvolvimento infantil, cultura, gênero e

condições ambientais – são essenciais para uma melhor compreensão sobre a situação de saúde dessa população, uma vez que todos esses aspectos são considerados determinantes sociais da saúde.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS & FILHO, 2007, p. 78).

No Brasil, ainda são muito pouco estudos e, conseqüentemente, muito pouco conhecidas as diversas dimensões da dinâmica demográfica dos povos indígenas (PAGLIARO, AZEVEDO & SANTOS, 2005).

Historicamente, as fontes de dados oficiais - recenseamentos, censos periódicos e registros de eventos vitais sobre as populações indígenas - sempre foram bastante precárias, podendo oscilar com o tempo em função de interesses políticos e do Serviço de Proteção ao Índio/Funai (PAGLIARO, AZEVEDO & SANTOS, 2005).

O primeiro censo nacional, realizado pelo IBGE, que coletou informações sobre as populações indígenas foi o de 1991, que incluiu a categoria *índio* na variável cor, para diferenciá-los dos pardos, recenseando somente índio moradores de missões religiosas, de postos indígenas da Funai ou de áreas urbanas, permanecendo ignorado um grande contingente de indígenas (AZEVEDO, 1994).

O censo de 2000, ainda que deixando de coletar a filiação étnica específica, teve uma cobertura maior, abrangendo todas as terras indígenas do país, bem como as demais áreas rurais e urbanas (PAGLIARO, AZEVEDO & SANTOS, 2005). Já o censo demográfico de 2010³, introduziu o pertencimento étnico, a língua falada no domicílio e a localização geográfica – considerados critérios de identificação de população indígena nos censos nacionais de diversos países – permitindo a produção de contornos espaciais mais acurados.

³ O critério utilizado para a identificação de indígenas nos censos demográficos é a autoclassificação ou autoidentificação, independentemente de que foi o informante, o próprio ou não. Os censos demográficos de 1991 e 2000 foram selecionados a partir de duas frações amostrais. O quesito raça ou cor aparecia apenas no questionário da amostra. Alterações metodológicas foram introduzidas no censo de 2010 no sentido de caracterizar as minorias com maior qualidade. Este censo introduziu o quesito raça ou cor no questionário básico que cobre todos os domicílios.

A partir de 1999, com a criação do subsistema e a implementação dos 34 DSEI, a Funasa também iniciou um levantamento demográfico da população indígena aldeada, que seria atendida pelo subsistema de saúde e, conseqüentemente, cadastrada no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) - criado para subsidiar a gestão da saúde indígena.

Anteriormente ao SIASI, até 1999, as informações de saúde dos povos indígenas eram gerenciadas pela Funai. Em geral, dados vitais, particularmente nascimentos e óbitos, eram coletados nas aldeias sem que fossem consolidados, analisados ou divulgados satisfatoriamente (COIMBRA & SANTOS, 2000; SANTOS & COIMBRA, 2003).

Pelas declarações fornecidas pela população brasileira no censo de 2010, 47,7% consideraram-se brancos; 7,6% pretos; 1,1% amarelos; 43,1% pardos; e 0,4% indígenas, segundo a ordem de opções apresentadas no questionário (BRASIL, 2012).

De acordo com Censo de 2010, existem no país 817 mil pessoas que se autodeclararam indígenas. Dessas, 37,4% estão na região Norte; 25,5% no Nordeste; 16% no Centro-Oeste; 12% no Sudeste e 9,2% no Sul. Dentre os indígenas que residem em áreas urbanas, a maior participação, 33,7% foi encontrada na região Nordeste, enquanto, nas áreas rurais, a região Norte, historicamente, manteve a maior concentração, com 48,6% (Tabela 01).

Tabela 01. Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, por Regiões – 1991/2010.

Grandes Regiões	Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio.								
	Total			Urbana			Rural		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Brasil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norte	42,4	29,10	37,4	16,80	12,1	19,50	50,5	47,6	48,6
Nordeste	19	23,20	25,5	22,50	27,6	33,7	17,9	18,4	20,4
Sudeste	10,4	22,00	12	35,40	36,7	25,1	2,5	5,9	3,7
Sul	10,3	11,50	9,2	14,30	13,6	10,8	9	9,3	8,1
Centro-Oeste	17,9	14,20	16	11,00	10	10,9	20,1	18,8	19,1

Fonte: IBGE, 2012. Dados dos Censos Demográficos 1991-2010.

Os resultados do Censo Demográfico 2010 revelaram, em relação a 2000, um ritmo de crescimento anual médio de 1,1% para a população indígena. A região Norte foi a que registrou maior média geométrica de crescimento anual (3,7), seguida pela região Centro-

Oeste (2,3) e Nordeste (2,0). Ao contrário, as regiões Sudeste e Sul foram registraram crescimentos negativos; (-)4,9 e (-)1,2, respectivamente (BRASIL, 2012a).

Na área urbana, o incremento foi negativo (-1,9), correspondendo a uma redução de 68 mil indígenas, sendo a maioria proveniente da região Sudeste - com crescimento negativo da ordem de 5,6 pontos – seguida pela região Sul (-4,2). A área rural, por sua vez, cresceu 3,7% ao ano, sendo o maior ritmo registrado na região Nordeste (4,7), seguido pela região Norte (3,9), Centro-Oeste (3,8) e Sul (2,3). A região Sudeste foi a única que registrou crescimento negativo (-0,9) da população indígena na zona rural (BRASIL, 2012).

Em 1991, 294.131 pessoas se autodeclararam indígenas, enquanto que em 2000, foram 734.127, e, em 2012, foram 817.963 que se classificaram como indígena no país (BRASIL, 2012a).

Mesmo com evidências de que os povos indígenas no Brasil estivessem experimentando acelerado crescimento (PAGLIARO, AZEVEDO & SANTOS, 2005), os dados censitários de 2000 superaram todas as expectativas, com um ritmo de crescimento anual, no período 1991/2000, da ordem de 10,8%. Portanto, as alterações nas composições absoluta e relativa verificadas de 1991 para 2000 são reflexo do crescimento do número de pessoas que, no Censo Demográfico 1991, se identificaram como de outras categorias e, em 2000, passaram a se identificar como indígenas.

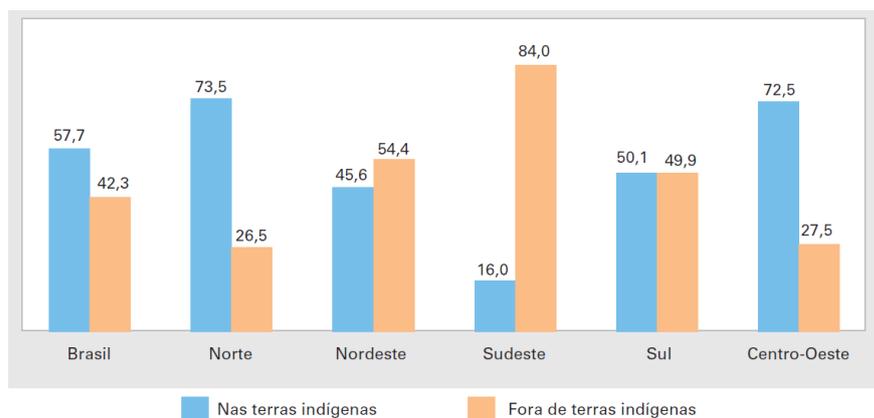
Segundo Azevedo (2009), ainda que existam poucos estudos sobre a demografia dos povos indígenas, está ocorrendo no país um fenômeno chamado de “recuperação demográfica”, ou seja:

Após um período de perdas populacionais, geralmente ocorrido após o contato com as frentes de expansão da sociedade não indígena, ocorre um período de recuperação demográfica, com altos índices de fecundidade apesar dos ainda altos índices de mortalidade. As taxas de fecundidade total nos últimos 10 anos têm sido calculadas para os povos indígenas sobre os quais temos séries de informações históricas em torno de 6 ou 7 filhos por mulher; os níveis de mortalidade infantil têm sido estimados em 80 por mil nascidos vivos, em média. A razão de sexo dessas populações, ou a proporção de homens e mulheres na população total nas diferentes faixas etárias, é, em geral, maior do que 1; ou seja, a

mortalidade das mulheres pode ser que seja um pouco maior do que a masculina; mas esse fenômeno ainda não está suficientemente estudado para termos uma explicação plausível. As hipóteses mais aceitas até o momento indicam uma sobre mortalidade feminina, talvez com altos índices de mortalidade materna e menor nível de esperança de vida ao nascer para as mulheres (AZEVEDO, 2009, p. 32).

Desse conjunto de indígenas, 57,7% residiam nas terras indígenas e 42,3% fora delas. No contexto regional, as Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram a maior concentração de população indígena residente nas terras, enquanto nas Regiões Sudeste e Nordeste, os indígenas eram mais representativos fora das terras indígenas. A Região Sul revelou um equilíbrio segundo a localização do domicílio, dentro ou fora das terras (BRASIL, 2010) (Gráfico 01).

Gráfico 01. Distribuição percentual da população indígena, por localização do domicílio, por Região – 2010.



Fonte: IBGE, 2010. Censo Demográfico 2010.

O censo 2010 identificou 505 terras indígenas no Brasil, cujo processo de identificação teve a parceria da Funai no aperfeiçoamento da cartografia. Essas terras representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residiam 517,4 mil indígenas (57,7% do total). Apenas seis terras tinham mais de 10 mil indígenas, 107 tinham entre mais de mil e 10 mil, 291 tinham entre mais de cem e mil e em 83 residiam até cem indígenas. A terra com maior população indígena é a Yanomami, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas (BRASIL, 2010e).

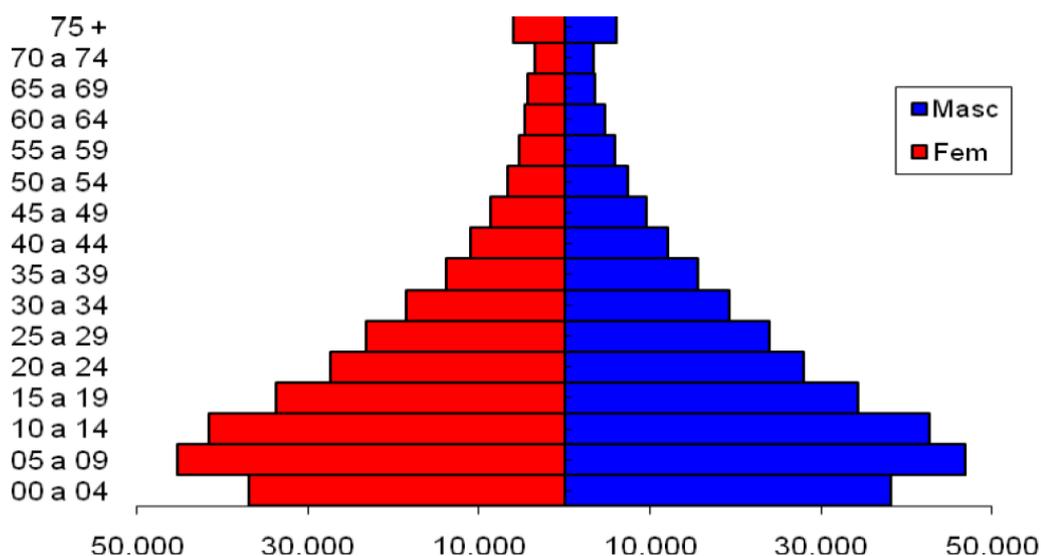
As informações demográficas sobre os povos indígenas aldeados atendidos pelo Subsistema de Saúde Indígena, por meio da Funasa, revelaram que, no ano de 2010, haviam

600.518 indígenas cadastrados no SIASI. Essa população estava distribuída em 4.774 aldeias, dentro ou fora dos limites de 615 terras indígenas, abrangendo 448 municípios de 24 estados brasileiros. Neste mesmo ano, a distribuição da população indígena pelas regiões brasileiras foi de 46,2% da população indígena na Região Norte, 25,4% no Nordeste, 17,7% no Centro-Oeste e 10,7% nas regiões Sul-Sudeste (BRASIL, 2010a).

No início da implantação do subsistema, a população indígena aldeada cadastrada no SIASI era de apenas 306.849 indígenas. A Funasa destaca que o crescimento da população no período de 2000 a 2010 está relacionado ao fato de que houve (i) melhoria no cadastramento dessa população pelos serviços de saúde, (ii) novas terras indígenas foram oficialmente sendo reconhecidas nesse percurso - e, por consequência ocorreu um incremento na auto identificação da população - e por ter ocorrido (iii) aumento da natalidade entre indígenas (BRASIL, 2010f).

Ainda com base nos dados de 2010 do SIASI, na comparação entre os sexos, há certo equilíbrio entre a população masculina e a feminina, sendo 306.373 (51%) homens e 294.145 mulheres (49%). A população menor que 25 anos constitui 65% da população indígena, sendo que 45% têm menos de 15 anos. (Gráfico 02) (BRASIL, 2010a).

Gráfico 02: Pirâmide populacional da população indígena cadastrada no SIASI em 2010.

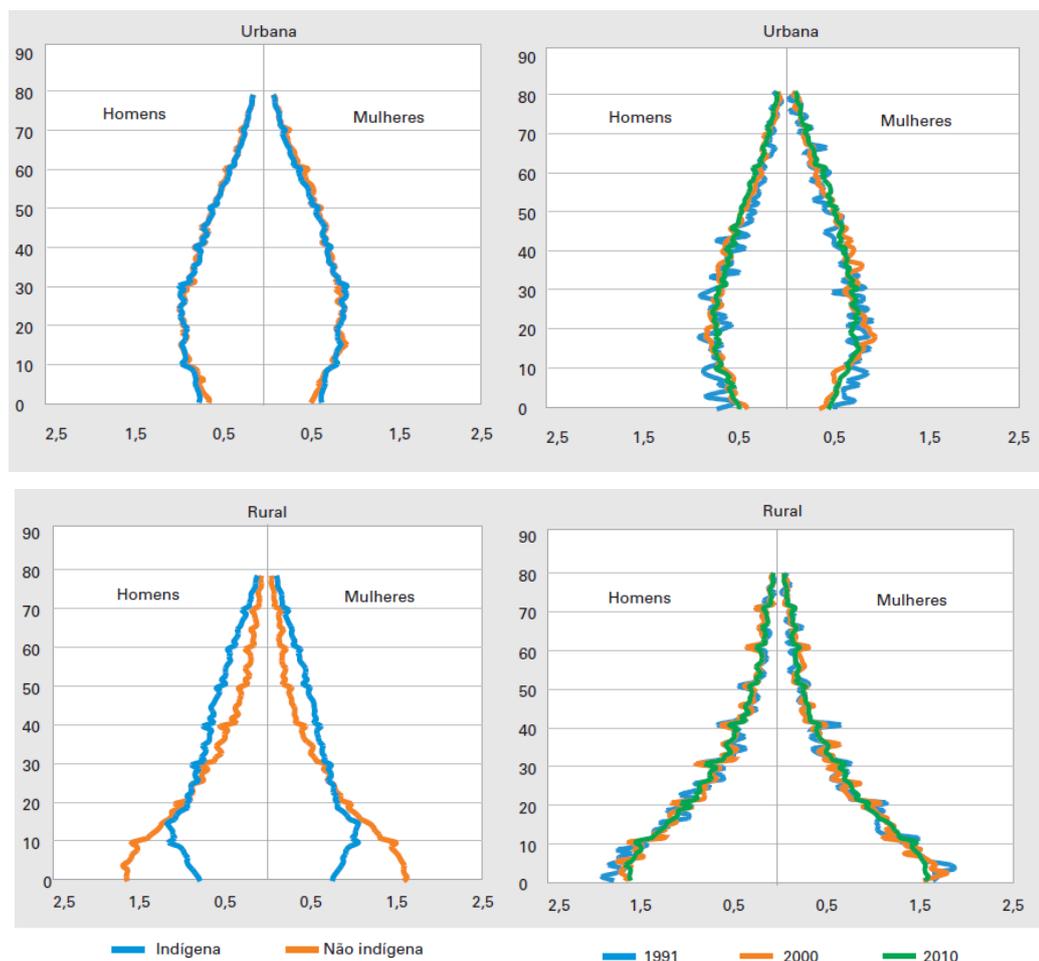


Fonte: Funasa, 2010. Dados do SIASI.

As análises do IBGE sobre os resultados do Censo 2010 revelam para a população indígena uma ampla base na pirâmide etária, que vai se reduzindo à medida que a idade aumenta. Tal padrão, que configura uma estrutura etária com traços bem marcados de uma população ainda jovem, é fruto da persistência de altos níveis de fecundidade das mulheres indígenas, que é fortemente influenciada pelo contingente populacional rural (Gráfico 03).

A composição por sexo e idade da área urbana revela características semelhantes às das não indígenas. Diferentemente das áreas urbanas, as pirâmides das áreas rurais possuem bases mais alargadas e cúspides reduzidas, com uma diminuição mais acentuada dos grupos à medida que a idade das pessoas aumenta. Este comportamento reflete os diferenciais tanto de fecundidade como de mortalidade existentes entre as situações do domicílio da população indígena (Gráfico 03) (BRASIL, 2010e).

Gráfico 3. Composição por sexo e idade da população residente, segundo a situação do domicílio – Brasil – 1991/2010.



Fonte: IBGE, 2010. Censos Demográficos 1991/2010.

Em relação aos aspectos étnicos, o número de etnias⁴ foi contabilizado pelo IBGE a partir do conjunto de pessoas que se declararam ou se consideraram indígenas. No total, foram contabilizadas 305 etnias. Dentro das terras foram contadas 250 e fora das terras, 300 etnias. Dentre as 15 etnias com maior número de indígenas, a etnia Tikúna foi a que revelou maior número de indígenas, resultado influenciado pelos 85,5% residentes nas terras indígenas. Os indígenas dessa etnia têm uma participação de 6,8% em relação à população indígena total. Os indígenas da etnia Terena estavam em maior número fora das terras indígenas. Os indígenas da etnia Guarani Kaiowá estão em posição de destaque tanto dentro quanto fora das terras (BRASIL, 2010e).

Foram contabilizadas 274 línguas⁵ indígenas faladas no Território Nacional. Nas terras indígenas foram declaradas 214 línguas indígenas faladas e 249 foram contabilizadas tanto nas áreas urbanas quanto rurais localizadas fora das terras. Da população indígena pesquisada dentro da amostra, 37,4% declararam falar uma língua indígena: dentro das terras, 57,3% e, fora delas, somente 12,7% ainda eram falantes. Para esse contingente de indígenas investigados em 2010, 76,9% falavam português, sendo que fora das terras praticamente todos os indígenas falavam português (BRASIL, 2010e).

As 15 línguas indígenas com maior número de indígenas falantes, dentro e fora das terras indígenas, em ordem decrescente de falantes, são: Tikúna, Guarani Kaiowá, Kaingang, Xavante, Yanomami, Guajajara, Mawé, Terena, Língua Geral Amazônica, Tukano, Kaiapó, Makuxi, Guarani Nhandeva, Guarani Mbya e Mundurukú (BRASIL, 2010e).

De acordo com a Funai, os índios, historicamente, eram vistos pela sociedade envolvente a partir de um conjunto de imagens e crenças amplamente disseminado pelo senso comum: são os donos da terra, os primeiros habitantes do país, estão em processo de desaparecimento e são parte de um passado.

Recentemente, no entanto, os diferentes segmentos da sociedade brasileira estão se conscientizando de que os índios são seus contemporâneos, vivem no mesmo país, participam da elaboração de leis, elegem candidatos e compartilham problemas semelhantes, como as

⁴ Para efeito do Censo Demográfico 2010, considerou-se etnia ou povo a comunidade definida por afinidades linguísticas, culturais e sociais.

⁵ O Censo de 2010 considerou as respostas sobre as línguas das pessoas indígenas de 5 anos ou mais de idade. Foram excluídas aquelas originárias dos outros países, denominações genéricas de troncos e famílias linguísticas, entre outras.

consequências da poluição ambiental e das diretrizes e ações do governo nas áreas da política, economia, saúde, educação e administração pública em geral (BRASIL, 2013a).

Mesmo com uma mudança de concepção em curso, as populações indígenas ainda são vistas pela sociedade brasileira ora de forma preconceituosa, ora de forma idealizada. As populações rurais, muitas vezes dominadas política, ideológica e economicamente por elites municipais com fortes interesses nas terras dos índios e em seus recursos ambientais, necessitam disputar as escassas oportunidades de sobrevivência em sua região com membros de sociedades indígenas que aí vivem (BRASIL, 2013a).

Por esses motivos, utilizam estereótipos, chamando-os de "ladrões", "traíçoeiros", "preguiçosos" e "beberrões", enfim, de tudo que possa desqualificá-los. Procuram justificar, desta forma, todo tipo de ação contra os índios e a invasão de seus territórios. Já a população urbana, que vive distanciada das áreas indígenas, tende a ter deles uma imagem favorável, embora os veja como algo muito remoto (BRASIL, 2013a).

No que se refere à questão educacional, o Censo de 2010 revela que o indígena brasileiro tem nível educacional inferior ao da população não indígena. Houve aumento nas taxas de alfabetização⁶ da população indígena da ordem de 50% em 2000, em comparação com 1991, e de 3,8% em 2010, em comparação com o ano 2000 (BRASIL, 2010e).

No entanto, o significativo aumento no período 1991/2000 foi, de certa forma, por conta do aumento de declarações de indígenas na área urbana no Censo 2000. Pesquisadores do IBGE afirmam que esse incremento significativo pode ser efeito da captação mais precisa dessa população urbana, não sendo possível assegurar que houve melhoria nos níveis educacionais (BRASIL, 2010e).

Fazendo uma comparação entre a população indígena urbana e rural, com base nos dados de 2010, observa-se que taxa de alfabetização da população urbana (86,2%) é superior à da população rural (66,6%), que, por sua vez, revela que praticamente 1/3 tanto de homens quanto de mulheres são analfabetos (BRASIL, 2010e).

⁶ Para efeito do Censo Demográfico 2010, considerou-se para o cálculo da taxa de alfabetização, indivíduos de 15 anos ou mais que se autodeclararam alfabetizados. Considera-se alfabetizado a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhece. É importante ressaltar que a educação indígena envolve aspectos específicos que os procedimentos de captação de informações nos Censos Demográficos não permitem aprofundamentos, com destaque para os currículos diferenciados, o conhecimento dos saberes tradicionais e, principalmente, o uso das línguas indígenas, entre outros.

Quando se comparam as taxas de alfabetização dos indígenas com os não indígenas as discrepâncias ainda são grandes. No geral, em 2010, a taxa de alfabetização da população indígena foi de 76,7%, enquanto que da população não indígena foi de 90,4%. No meio urbano essa diferença não é tão grande – 88,1% dos indígenas de 15 anos ou mais são alfabetizados, enquanto que 92,7% da população não indígena é alfabetizada -, ao contrário, no meio rural a taxa de alfabetização da população indígena *versus* não indígena é de mais de 10 pontos percentuais – 66,6% para a população indígena e 77% para a população não indígena (BRASIL, 2010e).

Em relação ao rendimento dessa população, ainda que exista uma série de limitações quanto à obtenção desse aspecto, tendo em vista que as atividades agrícolas de parte da população indígena são consideradas de subsistência familiar, e a aferição de rendimentos monetários nem sempre é a melhor forma de obter dados sobre as atividades econômicas, o censo levantou que 52,9% do total da população não dispõem de qualquer rendimento, sendo 36,9% residente nas cidades e 65,7% residentes na zona rural.

No Brasil como um todo, 83,0% das pessoas indígenas de 10 anos ou mais de idade recebem até um salário mínimo ou não possuem rendimentos. A Região Norte detém quase que a totalidade das pessoas indígenas nessa condição. Nessa região, somente 25,7% recebem um salário e a grande maioria, 66,9%, não tem rendimento. A situação econômica mais razoável foi observada na Região Sudeste, com a menor proporção tanto de pessoas que recebiam até 1 salário mínimo quanto daquelas sem rendimentos. [...] Nas terras indígenas, o conjunto das pessoas indígenas de 10 anos ou mais de idade com rendimento de até 1 salário mínimo e aquelas que não percebiam qualquer tipo de rendimento nominal mensal somavam a quase totalidade das pessoas indígenas de 10 anos ou mais de idade residentes nas terras, ou seja, nesse segmento, a média dos rendimentos recebido não ultrapassa 1 salário mínimo. (BRASIL, 2010e, p.101).

No tocante ao saneamento, em 2010, 36,1% dos domicílios particulares permanentes com responsabilidade indígena não possuíam banheiro. Na análise por macrorregião, esse percentual é de 70,9% na região Norte, 41,3% na região Centro-Oeste, 25,7% no Nordeste, 20,9% no Sul e 5,8% no Sudeste (BRASIL, 2010e).

Tanto na área urbana quanto na área rural, o percentual de domicílios particulares com responsabilidade indígena que possuem banheiro em sua infraestrutura vem diminuindo ao longo dos anos. Na área urbana, em 1991, eram 22,9% dos domicílios sem banheiro, enquanto

em 2010 esse percentual reduziu para 8,3%, ou seja, uma redução de 63,7% no período. Já na área rural, em 1991, 87,3% dos domicílios indígenas não tinham banheiro, enquanto em 2010 o percentual é de 68,8%, isto é, uma redução de 21,19% no período (BRASIL, 2010e).

Quanto ao acesso à rede de abastecimento de água, os resultados do Censo 2010 demonstraram que em 63,34% dos domicílios indígenas a forma de abastecimento é por rede geral de distribuição, enquanto que em 36,6% é por outras formas, incluindo poço, carro-pipa, água da chuva, rio e outras formas. Do total de domicílios abastecidos por rede geral de distribuição apenas 16,64 % estão dentro das terras indígenas (Tabela 02) (BRASIL, 2010e).

Considerando os domicílios dentro de terras indígenas, com pelo menos um morador indígena, 69,24% não estão ligados à rede geral de distribuição de água, enquanto que fora das terras indígenas esse percentual é de 19,69%. Do conjunto de domicílios dentro das terras indígenas que não estão ligados à rede geral de distribuição de água, os rios, açudes, lagos ou igarapés são as formas de abastecimento mais predominantes (Tabela 02) (BRASIL, 2010e).

Tabela 02. Domicílios particulares permanentes com pelo menos um morador indígena, por localização do domicílio, segundo as características dos domicílios - Brasil – 2010.

Características dos domicílios	Domicílios particulares permanentes com pelo menos um morador indígena							
	Total	(%)	Dentro das Terras Indígenas			Fora das Terras Indígenas		
			n	Frequência (%) coluna	Frequência (%) linha	n	Frequência (%) coluna	Frequência (%) linha
Formas de abastecimento de água								
Rede geral de distribuição	184.175	63,34	30.654	30,76	16,64	153.521	80,31	83,36
Poço ou nascente na propriedade	32.165	11,06	13.456	13,50	41,83	18.709	9,79	58,17
Poço ou nascente fora da propriedade	15.559	5,35	7.404	7,43	47,59	8.152	4,26	52,39
Carro-pipa	3.019	1,04	1.887	1,89	62,50	1.132	0,59	37,50
Água chuva em cisterna	1.469	0,51	578	0,58	39,35	891	0,47	60,65
Água chuva armazenada de outra forma	3.821	1,31	3.171	3,18	82,99	650	0,34	17,01
Rio, açude, lago ou igarapé	29.427	10,12	23.715	23,80	80,59	5.712	2,99	19,41
Poço ou nascente de aldeia	15.683	5,39	15.683	15,74	100,00	-	-	-
Poço ou nascente fora da aldeia	1.013	0,35	1.031	1,03	101,78	-	-	-
Outra	4.458	1,53	2.067	2,07	46,37	2.391	1,25	53,63
Total	290.789	100,00	99.646	100,00		191.158	100,00	

Fonte: Elaboração pelo próprio autor. Dados: Censo Demográfico Indígena, IBGE, 2010.

2.2. ANTECEDENTES CONSTITUCIONAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE E DA SAÚDE INDÍGENA

No início do século XX, frente ao surgimento de grandes frentes de expansão no interior do país (abertura de estradas e atividades agropecuárias) foi criado, por meio do Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910, o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, que objetivava tanto a proteção e integração dos índios, quanto à fundação de colônias agrícolas que se utilizariam da mão-de-obra encontrada pelas expedições oficiais. Seria a primeira política nacional voltada para esses povos.

O SPILTN se caracterizou por reproduzir o poder do Estado, por meio de uma política de centralização e monopólio sobre os nativos, assentado na premissa de que havia um problema de interação entre os índios e não índios (LIMA, 1995; OLIVEIRA, 1995).

A ideia de proteção das populações indígenas em contato com não índios, contida na própria sigla do órgão, pressupunha uma atuação que visava minimizar os inevitáveis conflitos gerados pela ocupação de territórios indígenas por diversos agentes econômicos em expansão, tais como madeireiras, empresas de garimpo e outras agroempresas. [...] Assim, diversas foram as tentativas de implementação de atividades econômicas ‘modernas’ entre os povos indígenas: inserção de novas culturas agrícolas, tentativas de produção para o mercado, modificações nas formas tradicionais de organização do trabalho (GARNELO et al, 2003, p.38-39).

O fato é que o modelo da política indigenista – centrada na concepção de que os povos indígenas seriam mais primitivos que outros grupos humanos, e, portanto, necessitariam percorrer uma trajetória evolutiva incorporando-se as atividades produtivas – associado a dificuldades do órgão indigenista em cumprir a tarefa de defesa dos direitos indígenas, atuou em desfavor aos interesses indígenas, ocasionando perdas territoriais e de condições de vida, e desrespeito aos direitos à diferença étnica (GARNELO et al, 2003).

Ademais, no Código Civil brasileiro⁷, de 1916, os indígenas foram considerados relativamente incapazes e remetidos ao regime tutelar que, todavia, deveria cessar na medida em que se adaptasse à civilização ou à comunhão nacional.

A partir de 1930, se iniciava no Brasil, em função das transformações que o Estado brasileiro atravessava e dos movimentos em direção à regulação social, a construção de um tipo de *Welfare State*⁸, ou seja, um sistema específico de proteção social (DRAIBE, 1990). Nesse período, além da criação de instituições estatais e de forte produção de leis e instrumentos normativos, houve ampliação da ação social do Estado, organização da assistência à saúde previdenciária e expansão da educação básica.

Além da criação dos primeiros institutos de aposentadorias e pensões e a concepção das leis trabalhistas – que viriam a se consolidar em 1943 – que representam importante inovação para o País,

“[...] o período é também fértil em alterações nas áreas de política de saúde e de educação, onde se manifestam elevados graus de ‘nacionalização’ das políticas sob a forma de centralização, no Executivo Federal, de recursos e de instrumentos institucionais e administrativos, e resguardos de algumas competências típicas da organização federativa do País” (DRAIBE, 1990, p. 08).

Em 1942, por meio do Decreto nº 10.652, de 16 de outubro, o SPILTN passou por um processo de reorganização, deixando de chamar SPILTN e passando a ser nominado de Serviço de Proteção aos Índios (SPI), ainda vinculado ao Ministério da Agricultura, cujo objetivo era de proteger os índios e, progressivamente, enquadrá-los no sistema produtivo

⁷ No Código Civil brasileiro, de 1916, o regime de tutela especial para os índios estabelecia que o exercício da tutela ficava condicionado a política indigenista do poder federal. Portanto, nessa época o órgão responsável por representar os povos indígenas judicialmente era o SPILTN, e mais tarde pelo SPI. Esse **Código Civil brasileiro** — Lei nº 3.071, de [1º de janeiro de 1916](#) —, que entrou em vigor em 1917, após quinze anos de discussão no Congresso brasileiro, foi recentemente substituído por um novo Código Civil (Lei 10.406 de [10 de janeiro de 2002](#)), que se encontra em vigor desde [11 de janeiro de 2003](#), após o cumprimento de sua *vacatio legis* de um ano.

⁸ Tomamos de Draibe (1990:2-3) o conceito de *Welfare State* entendendo, “no âmbito do Estado capitalista, uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a economia, entre o Estado e a sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. Tais transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, previdência social, integração e substituição da renda, assistência social e habitação que, a par das políticas de salário e emprego regulam direta ou indiretamente o volume, as taxas e os componentes do emprego e do salário da economia, afetando, portanto o nível de vida da população trabalhadora”. Para mais detalhes sobre *Welfare State*, ver Draibe (1990); Esping-Andersen (1995) e Arretche (1995).

nacional. Em 1943, o SPI aumentou suas funções assistenciais e criou um serviço de saúde a fim de atender as demandas dos índios.

No Brasil, tradicionalmente, a igreja católica se imbuíu da missão de cuidar dos problemas de saúde dos povos indígenas, além de “catequizá-los”.

Antes da criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), houve atendimento ocasional à saúde dos índios por parte dos missionários, e foi a partir de 1910, com a criação de SPI, que se iniciou uma intervenção mais acentuada do Estado de um modo geral. Um dos objetivos do SPI era o de atender os problemas de saúde indígena (LANGDON, 1999).

Nesse período, chamado de “Estado Novo”, o país iniciava a construção das bases da máquina administrativa, ou seja, de um estado administrativo e interventor, caracterizado por forte tendência centralizadora e autoritária. Para isso foi criada uma série de órgãos do poder executivo: institutos, autarquias, fundações, sociedades de economia mista com o objetivo de intervir nas relações econômicas para industrializar o país (LIMA JÚNIOR, 1998).

Nesse contexto, o SPI se incumbia da missão de prestar assistência à saúde para os povos indígenas. Entretanto, a assistência à saúde às populações indígenas foi esporádica e não sistemática (COSTA, 1987). O SPI não possuía um corpo médico próprio e nem desenvolvia programas de ações de saúde sistematizados. Suas intervenções se restringiam ao atendimento às emergências relativas a surtos epidêmicos (CONFALONIERI, 1993).

As avaliações do SPI revelam o paradoxo de sua atuação: se por um lado, diversas tribos indígenas foram salvas da extinção total, por outro lado, a “pacificação das tribos hostis ocasionou a disseminação da fome, de doenças, da desintegração tornando os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade” (RIBEIRO, 1982).

Diante da preocupação de criar uma infraestrutura de atendimento à saúde das populações indígenas, que surgira a partir das expedições de Noel Nutels e dos irmãos Villas Boas pelo Brasil-Central, o Governo Juscelino Kubitschek, em 1956, consoante com a política de interiorização e desenvolvimento, criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), para prestar assistência às populações indígenas isoladas (COSTA, 1987). Entretanto, os índios de

maior contato com a sociedade nacional não chegaram a ser atendidos por esses serviços (LANGDON, 1999).

Com a chegada dos militares ao poder, em 1964, a reforma administrativa da burocracia estatal passou a fazer parte da agenda governamental de forma recorrente, fundamentalmente alicerçada na modernização autoritária, expansão do Estado e descentralização dos serviços públicos (LIMA-JÚNIOR, 1998). Nesse período retomou-se a ideia do índio como obstáculo para o desenvolvimento do país, momento em que se agravava o processo de decadência do SPI.

O período correspondente à chegada dos militares ao poder até meados da década de 70 foi marcado por radicais transformações do arcabouço institucional e financeiro no campo das políticas sociais: regras, mecanismos de operação e financiamento foram definidos, criando-se, assim, o núcleo duro e centralizado da intervenção social que culminou com a consolidação do *Welfare State* no Brasil (DRAIBE, 1990). Draibe (1990, p. 09) caracteriza esse período como:

[...] momento em que efetivamente se organizam os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma fragmentada e socialmente seletiva anterior, abrindo espaço para certas tendências universalizantes, mas principalmente para a implementação de políticas de massa, de relativamente ampla cobertura.

Entretanto, a partir da organização do sistema de proteção social brasileiro, Draibe (1990) identificou uma série de problemas sobre o funcionamento desse sistema: (i) alto grau de ineficiência e ineficácia de programas sociais; (ii) superposições de competências, objetivos e mecanismos operadores; (iii) desvios de alvos nos programas sociais; (iv) formatação estanque das carências sociais, fragmentando e pulverizando recursos humanos e financeiros; (v) ausência de mecanismos de controle e avaliação de programas sociais e (vi) graus exagerados de instabilidade e descontinuidade de programas sociais.

No campo da saúde, antes da criação do SUS, a gestão era fortemente centralizada em dois órgãos federais que compartilhavam funções diferentes e clientela. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), como era chamado à época, caberia ofertar assistência médico-hospitalar aos trabalhadores vinculados formalmente ao mercado

de trabalho. Ao MS, com apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde caberiam ofertar ações de saúde pública, como as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e o controle de doenças transmissíveis (PIOLA et al, 2009).

O modelo de saúde adotado desde a década de 70, impulsionado pela crescente industrialização do país – principalmente a partir da década de 50 - fora denominado de médico-assistencial-privatista, caracterizado por Buss (1995, p. 76) como:

- a) o Estado como grande financiador do sistema, através da Previdência Social e como prestador de serviços aos não integrados economicamente;
- b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de assistência médica;
- c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos;

Em 1967, por meio da lei nº 5.371/67, o governo criou a Fundação Nacional do Índio⁹ (Funai) com as atribuições de estabelecer as diretrizes de política indigenista, exercer a tutela dos índios não-integrados, gerir o patrimônio indígena, promover estudos e pesquisas, prestar assistência médico-sanitária, educação de base, e exercer o poder de polícia nas áreas indígenas.

A Funai substituiu o SPI e estabeleceu uma Divisão de Saúde para cuidar da assistência à saúde das populações indígenas, que se daria por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS)¹⁰. O SUS¹¹, por sua vez, deixou as ações de saúde para a divisão da Funai e passou a atuar apenas com Tuberculose (COSTA, 1987).

Entretanto, esse sistema - pautado por ações esporádicas e por assistência individual - não logrou êxito, não foi efetivo, tampouco adequado, principalmente em função do despreparo dos profissionais de saúde, da falta de recursos, da desorganização e da falta de coordenação dos serviços (COSTA, 1987).

⁹ A Funai ficou sujeita à supervisão do antigo Ministério do Interior até março de 1990, quando foi transferida para o âmbito do Ministério da Justiça. O Decreto nº 564, de 8 de junho de 1992, aprovou os Estatutos da FUNAI atualmente em vigor.

¹⁰ As EVS deveriam ser compostas por um médico, uma enfermeira, um bioquímico e um dentista. Em cada Delegacia Regional da FUNAI deveria ter um EVS.

¹¹ O SUS fora rebatizado em 1968 com o nome de Unidade de Atendimento Especial (UAE)

São argumentos que corroboram com as análises de Confalonieri (1989) sobre a atuação da Funai frente ao atendimento de saúde em áreas indígenas, caracterizada por:

[...] um modelo de pouca eficácia, que esbarrou em várias dificuldades, dentre as quais a falta de planejamento e integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência crônica de infraestrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de atenção; ausência de um sistema de informações em saúde e o preparo inadequado de quadros para atuação em comunidades indígenas distintas.

Garnelo e colaboradores (2003), por sua vez, destacam que a Funai, ao longo de décadas de atuação, sempre esteve distante dos debates a cerca da necessidade de organização de sistemas locais de saúde que pudessem dar conta de atender as necessidades sanitárias dos povos indígenas, ou seja, ofertar serviços regulares e programadas baseados nos cuidados primários à saúde e na prevenção de agravos.

Entre as décadas de 70 e 80, com o intuito de expandir os serviços públicos de saúde, foi adotada uma série de iniciativas governamentais buscando a inclusão de novos segmentos sociais à assistência médica pública, e experiências municipais e de universidades, para proporcionar maior integração entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além dessas iniciativas, também ocorreu uma maior articulação entre o MS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Previdência Social em prol de um movimento em direção à descentralização do sistema para os estados federativos (PIOLA et al, 2009).

Na tentativa de realizar uma expansão dos serviços médico-assistenciais a segmentos da sociedade não inseridos no mercado de trabalho foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Pública (CONASP) com o propósito de reorganizar os serviços de assistência médica e reduzir seus custos.

O CONASP lançou um plano em 1984 cujos desdobramentos representaram as primeiras experiências de integração do sistema de saúde, através da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1986, e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 (PIOLA et al, 2009).

Resumindo essa trajetória, Aldo Tinoco (2001) ressalta:

Na década de 70, surgia um movimento nacional que se contrapunha à hegemonia da política de mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. [...] Cronologicamente e para dar respostas a esses movimentos sociais emergentes, criava-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) ficando o atendimento médico individualizado e o Ministério da Saúde com as ações na área de interesse coletivo e caráter normativo. Em 1977, se criava o SINPAS, que enfatizava o modelo privatizante, mas, no entanto, abria espaços para, mesmo que de forma embrionária, aquele movimento nacional iniciasse as ações de atenção integral na rede pública, co-gestão, planejamento e participação popular.

[...] Em 1981 o governo cria o CONASP, surge naquele momento o projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS – 1983-1984). Em 87, surge a proposta do SUDS: organização descentralizada do Sistema Único de Saúde, setor público executor da política, e complementarmente privilegiando o filantrópico em relação ao privado. A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco, lançando um programa para a Reforma Sanitária que defendia a constituição do SUS cujas ações e serviços seriam públicos e extensivos a toda a população, enfrentava os grandes grupos multinacionais e nacionais defensores do setor hospitalar privado.

Nessas duas décadas várias iniciativas governamentais foram implementadas objetivando minimizar as consequências de um modelo excludente e distorcido de assistência à saúde. Entretanto, nos anos 80 esse modelo se torna inviável, principalmente devido à crise no financiamento da previdência, ocasionada pela recessão econômica dos anos 80.

A insatisfação da classe média da população em relação a esse modelo (MAGALHÃES, 2001) e a baixa cobertura da assistência médica – estimativas da época evidenciavam que cerca de metade da população brasileira à época não estava protegida e coberta por nenhum sistema previdenciário, e para serem assistidos em saúde dependiam de caridade e filantropia, (PIOLA, 2009) – alimentavam o clima de fortes tensões no setor saúde.

Apresentando alguns indicativos das distorções da assistência à saúde, Draibe (1990, p. 20) destaca:

“No que se refere às ações de saúde pública e ao atendimento hospitalar de urgência são bem conhecidas as restritas e más condições em que essa minguada face ‘universal’ do direito à saúde vem sendo realizada. Num modelo de tipo ‘hospitalocêntrico’, que privilegiou a assistência médica de natureza ambulatorial e hospitalar, apoiado prioritariamente por recursos da Previdência Social (Inamps) e fortemente assentado na compra de serviços junto ao setor privado (responsável por 70% dos atos médicos do sistema) – em tal sistema, como dizíamos, além de todas as distorções, vale a pena sublinhar que as ações de saúde pública, de tipo preventivo – atendidas tão somente com 15% dos recursos públicos aplicados na área, contra 85% dirigidos à medicina curativa – foram recorrentemente incapazes de garantir melhorias constantes nos indicadores sociais mais importantes, tais como os de mortalidade, morbidade e esperança de vida.”

Não obstante os problemas relacionados à política setorial de saúde indígena e à saúde pública no país, o Indigenismo sempre vivenciou problemas e contradições. Por ter sido conduzida num ideal de auto sustentabilidade, a política indigenista brasileira não fora suficientemente subsidiada por recursos do tesouro nacional, mas financiada por meio da exploração das riquezas naturais das terras indígenas para custear ações e atividades programadas. Essa atuação gerou diversos problemas, a saber: dificuldade de gestão dos recursos financeiros, dificuldade de controle transparente de recursos, redução de investimentos estatais e pouca participação indígena na condução das intervenções do Estado (GARNELO et al, 2003).

Segundo Garnelo e colaboradores (2003), a lei que regulamenta o modelo de intervenção do Estado junto aos povos indígenas é o Estatuto do Índio - nome pelo qual ficou conhecida a Lei de nº 6.001 de 1973, que dispõe sobre as relações do Estado e da sociedade com os povos indígenas.

O Estatuto do Índio segue o mesmo conceito do Código Civil brasileiro de 1916 e considera os povos indígenas como "relativamente capazes", sendo tutelados por um órgão estatal.

A Constituição de 1988 dá um novo tratamento aos povos indígenas: reconhece sua identidade cultural própria e diferenciada (organização social, costumes, línguas, crenças e

tradições), assegurando o direito de permanecerem como índios e explicita como direito originário (que antecede a criação do estado) o usufruto das terras que tradicionalmente ocupam. Segundo a CF, cabe ao Estado zelar pelo reconhecimento destes direitos por parte da sociedade. O papel do Estado passa, então, da tutela de pessoas para a tutela de direitos.

Diante desta mudança, tornou-se necessária a revisão do Estatuto do Índio. Neste sentido, foram apresentados na Câmara Federal três projetos de lei que ainda aguardam aprovação do Congresso Nacional: um de autoria do Poder Executivo e outros dois de autoria de organizações não governamentais. A revisão do Estatuto do Índio é uma das principais demandas dos povos indígenas hoje no Brasil, ao lado da demarcação das suas terras.

Em função das incongruências entre as assertivas constitucionais e do Estatuto do Índio, os dispositivos atuais do Estatuto permanecem vigentes naquilo que não confrontam a Constituição. Por isso, sua leitura deve ser feita com a cautela de singularizar os aspectos que requerem adaptação ao novo texto constitucional. O aspecto mais importante é que a ótica da tutela de pessoas foi substituída pela da tutela de direitos.

2.3. A CONSTITUIÇÃO DO SUS E DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

Na década de 80, o Brasil vivia um período de crise de legitimidade do Estado autoritário, crise financeira e crise existencial, esta última provocada principalmente pela derrocada do então modelo desenvolvimentista nacional dos militares e pela inexistência de um novo modelo de desenvolvimento que guiasse a ação do Estado.

[...] o modelo estatista de desenvolvimento adotado pelo regime militar nos anos 70, como uma extensão fora do tempo da estratégia de substituição de importações nacional-desenvolvimentista de Getúlio Vargas entrava em crise final. Crise fiscal, crise do intervencionismo estatal e da exagerada proteção à indústria nacional (PEREIRA, 1998, p. 173).

[...] a crise política, depois de um logo processo de negociação, levaria à transição democrática no início de 1985, era, portanto também uma crise da burocracia estatal, na medida em que se identificava com o sistema autoritário em pleno processo de degeneração (PEREIRA, 1998, p.173).

Nesse período de transição democrática e discussão acerca da concepção da Carta Magna de 88, a sociedade brasileira e grande parte do poder legislativo não estavam preocupadas com as questões econômicas e com a gravidade da crise do país, tampouco para discutir a necessidade de uma verdadeira reforma do aparelho do Estado.

[...] os constituintes e, mais amplamente, a sociedade brasileira revelaram nesse momento uma incrível falta de capacidade de ver o novo. Perceberam apenas que a administração burocrática clássica, que começara a ser implantada no país nos anos 30, não havia sido plenamente instaurada. Viram que o Estado havia adotado estratégias descentralizadoras – as autarquias e as fundações públicas – que não se enquadravam no modelo burocrático profissional clássico. Notaram que essa descentralização havia aberto espaço para o clientelismo, principalmente ao nível dos estados e municípios – clientelismo esse que se acentuara após a redemocratização. Não perceberam que as formas mais descentralizadas e flexíveis de administração, que o Decreto Lei n. 200 havia consagrado, eram uma resposta à necessidade de o Estado administrar com eficiência as empresas e os serviços sociais. E decidiram completar a Reforma Burocrática e a ela se ater, ao invés de pensar nos princípios da administração pública gerencial, que estava sendo implantada e, alguns países do primeiro mundo (PEREIRA, 1998, p. 175).

A Constituição Federal (CF) de 1988 representou um marco importante para a consolidação do regime democrático, uma vez que instituiu as bases jurídicas para o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. O texto constitucional enuncia a saúde como um direito que deve ser assegurado pelo Estado, cujos princípios são universalidade, integralidade e equidade. Assim como enfatiza Piola (2009, p. 112-113):

“A universalidade do direito à saúde e a garantia de integralidade da atenção são princípios que expressam a solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde, independentemente condições pessoais, econômicas e sociais”.

“A equidade *igual acesso para igual necessidade* embora citada com frequência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais – universalidade, integralidade, descentralização, participação social. O que a Constituição e a lei preveem expressamente são o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (CF/88, Art 196) e a ‘igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie’ (Lei 8.080/1990, Art. 7º, inciso IV)”.

A Carta dedicou um capítulo aos direitos indígenas especialmente sobre as terras que ocupam, ao reconhecimento de seus “costumes, línguas, crenças e tradições”, além de lhes conferir proteção territorial. Segundo Langdon (1999) a “CF de 88 é considerada uma das mais avançadas sobre a questão indígena”.

O envolvimento do movimento indígena, de organizações não governamentais ligadas à questão indígena, universidades e igrejas nas décadas de 1970 e 1980 foi fundamental para o estabelecimento do conjunto de direitos indígenas na CF. Nessa trajetória, e frente à necessidade do estabelecimento de uma política efetiva para o atendimento à saúde das populações indígenas, foi realizada em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI).

Os povos indígenas reivindicavam a criação de sistema de saúde específico e universal que lhes garantiria a participação nos processos decisórios de planejamento, execução e avaliação de ações e atividades, o qual seria gerido por uma agência governamental ligada ao Ministério da Saúde, sendo esta, além de responsável pela execução das ações de atenção primária à saúde, também pela gestão de recursos humanos baseada em concursos públicos e plano de cargos e salários.

Grande parte dessas diretrizes foi introduzida na CF de 88, que criou e definiu os princípios gerais do SUS, e nas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que regulamentaram o texto constitucional. Subsequentemente, uma série de atos legais¹² foi expedida pelo governo federal - respondendo à demanda da 1ª CNPSI – objetivando definir legalmente o conceito de

¹² Decreto nº 23, de 04 de fevereiro de 1991, dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas e define que a Funasa e a Funai devem prestar assistência à saúde à população indígena de forma articulada e cooperada.

Resolução nº 57 de 6 de maio de 1993, aprova recomendação da CISI para que o MS reconheça os Núcleos de Saúde Indígena nas coordenações regionais da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, publicado no Diário Oficial da União de 20/05/95, fls 7443/7414.

Distrito Sanitário Especial Indígena e estabelecer as responsabilidades institucionais para a assistência à saúde dos povos indígenas.

No entanto, estudando as relações entre o SUS e a saúde indígena, Garnelo (2012), destaca que:

“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 responsabilidade do órgão indigenista” (GARNELO, 2012, p.23).

Muito embora a CF de 88 reafirmasse o poder e presença do Estado, atribuindo-lhe uma série de competências e atribuições, em especial no campo dos direitos sociais, a década de 90 seria marcada como um período de transformações e redimensionamento das relações entre Estado e sociedade civil. Esse processo foi caracterizado pela redução do Estado (primeiro setor) e aumento da participação do mercado (segundo setor) e da sociedade civil (terceiro setor). Este fenômeno influenciou fortemente as políticas sociais, em especial a saúde, que vivencia um momento de continuidade de reformas no setor.

Inúmeras forças políticas advogavam em prol de reformas nas finanças públicas, e principalmente de mudanças profundas relacionadas à administração pública como a (i) democratização do Estado, (ii) descentralização política, financeira e administrativa e (iii) a reforma do serviço civil, que vieram com a Constituição de 88 (ABRUCIO, 2007).

Baseado no diagnóstico de que os dispositivos constitucionais por si só não seriam suficientes para resolver os problemas crônicos, históricos e estruturais da administração pública, o governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995, cria o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) – nomeando como ministro Luis Carlos Bresser Pereira - cujas atribuições e responsabilidades eram de formular políticas para a reforma do Estado, reforma administrativa, modernização da gestão e promoção da qualidade no serviço público; e lança o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), objetivando promover mudanças profundas na administração pública brasileira.

É a introdução da política de “Estado mínimo” concebida, como descreve Abrucio (2007, p. 71), sob uma plataforma “que ressaltava, sobretudo, o que havia de mais negativo na CF de 1988 e apoiava-se fortemente no estudo e tentativa de aprendizado em relação à experiência internacional recente, marcada pela construção da nova gestão pública”. O PDRE

preconizava a reforma da administração pública baseada em três dimensões: (1) uma dimensão institucional-legal, através da qual se modificam as leis e se criam ou modificam instituições; (2) uma dimensão cultural, baseada na mudança dos valores burocráticos para os gerenciais; e (3) uma dimensão-gestão.

Uma série de avanços foi obtida por meio da reforma Bresser: (i) a continuação e o aperfeiçoamento da reforma do serviço civil, (ii) grande reorganização administrativa do governo federal, com destaque para a melhoria substancial das informações da administração pública (iii) o fortalecimento das carreiras de Estado, (iv) aperfeiçoamento do ideal meritocrático contido no chamado modelo weberiano (v) instituição das Emendas Constitucionais n° 19 e 20, e (vi) promoção de debates no âmbito federal sobre novas formas de gestão pública em busca da melhoria do desempenho (ABRUCIO, 2007).

De outro lado, essa política caracterizada por mínima intervenção estatal, redução da abrangência estatal, ajuste fiscal, reordenamento das finanças públicas, privatizações, e descentralização das ações de estado para entidades “públicas não-estatais” gerou uma série de implicações e repercussões no campo das políticas sociais.

Como ressalta Noronha & Soares (2001), a reforma do setor saúde nos anos 90 “se dá num contexto de profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, determinadas pelas chamadas ‘reformas estruturais’ conduzidas por políticas de ajustes” nominadas de neoliberais, o que culminou em um processo de “privatização” dos serviços públicos de saúde e de “descentralização” – ou terceirização – da execução a um ente público não estatal.

Tentando equacionar os problemas e obstáculos relacionados à “concretização de uma agenda progressista pelo movimento sanitário dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado” (LEVCOVITZ et al, 2001, p. 271), respaldada pela democratização dos direitos sociais advinda do conteúdo constitucional, num cenário econômico interno e internacional adverso, a reforma sanitária brasileira avança sua implementação nos anos 90 em meio a enormes desafios estruturais e conjunturais.

Inúmeras questões poderiam ser levantadas à época: como universalizar um sistema de saúde num período de crise fiscal e reformas administrativas neoliberais que são fortemente alimentadas pela redução de gastos, redução do tamanho do estado, privatizações e terceirizações? Como o Estado poderia cumprir com os dispositivos constitucionais de

garantir o direito à saúde integral a toda população e democratizar o processo decisório num momento de forte movimento de terceirização da saúde às organizações não-estatais? De que forma o Estado e a sociedade poderiam concretizar a implementação do SUS num cenário tão adverso?

O único princípio organizativo do SUS que não feria as concepções e as ideias neoliberais era a descentralização, ainda que por si só, como destaca Levcovitz e colaboradores (2001, p. 272) não garantidora do “caráter democrático do processo decisório” e “insuficiente para a concretização dos demais princípios dos SUS”. Para regular o arrojado processo de descentralização foram editadas e instituídas uma série de Normas Operacionais Básicas (NOB).¹³

No final da década de 90 o país experimentou um intenso processo de descentralização do SUS, mediado principalmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOB)/1993 e NOB nº 1/1996, que culminou em avanços – como aumento da produtividade e efetividade das ações e queda na mortalidade infantil nos municípios municipalizados -, mas com alguns problemas – como a expansão dos sistemas municipais sem articulação regional, políticas de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos (PIOLA, et al. 2009).

No campo da saúde indígena, a política de estado mínimo:

[...] influenciou decisivamente na produção das atuais dificuldades enfrentadas pelo subsistema de saúde indígena, limitando a capacidade de resposta por parte do Ministério da Saúde, a cuja carência de condições estruturais somou-se o amargo embate com o órgão indigenista, que tampouco dispunha das condições necessárias para prover atenção à saúde (GARNELO, 2004, p. 9).

A natureza e a alternância das responsabilidades e competências institucionais delegadas por Lei, na década de 90, à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), MS e Funai resultaram em uma estrutura complexa e confusa de serviços de saúde, marcada por diversos conflitos de interesse e contradições.

¹³ As NOBs são consideradas instrumentos de regulação do processo de descentralização do SUS, onde são destacadas as responsabilidades de cada nível de gestão, bem como dos mecanismos de transferência financeira. Para aprofundar o conhecimento sobre as NOB, consultar Levcovitz et al (2001).

Se por um lado, o Decreto nº 23 representou um movimento coerente com os dispositivos constitucionais e da Lei Orgânica do SUS, ao transferir para o MS a reponsabilidade da gestão e execução das ações de saúde voltadas para os povos indígenas; gerou uma contradição, no momento em que o sistema de saúde do país vivenciava um processo de descentralização político-administrativo (GARNELO, 2004).

Na contramão das recomendações da I e II Conferências Nacionais de Proteção à Saúde Indígena, esta última ocorrida em 1993, de designação do MS como responsável da saúde indígena, o Decreto nº 1.141/94 devolveu o protagonismo à Funai na condução da atenção à saúde aos povos indígenas.

As conclusões da II Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, que ocorra em 1993, haviam ratificado as recomendações da conferência anterior de que a gestão da saúde indígena deve ser de responsabilidade do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que reivindicaram maior participação social no processo decisório, investimentos em infraestrutura e qualificação de recursos humanos e a adoção de um modelo de atenção diferenciado.

Diversos aspectos estruturais e conjunturais merecem destaque para melhor compreender os avanços e retrocessos, desafios e desajustes das políticas sociais no Brasil nesse período, especialmente a saúde, num país tão diverso, desigual e imenso.

Os obstáculos estruturais como a desigualdade social marcante, persistência de traços do modelo assistencial-privatista, características de um federalismo no qual os entes federativos são autônomos e não vinculados hierarquicamente; somado às dificuldades conjunturais da época determinadas pelo movimento de “*reformas estruturais*” – baseadas nos ideais neoliberais de redução do tamanho do Estado – que culminaram com forte política de ajuste fiscal, privatização de empresas estatais, e redução do quadro de funcionalismo público caracterizam um cenário tenso, adverso e complexo para a implementação da política de saúde de caráter universal na década de 90 (LEVCOVITZ et al, 2001).

A política setorial da saúde indígena também sofreu das consequências conjunturais e da associação de todos esses fatores, o que inviabilizou o projeto de garantir assistência à saúde indígena diferenciada, universal e de qualidade.

Face às históricas desigualdades e iniquidades no acesso aos serviços de saúde pela população indígena nacional, o ano de 1999 é considerado um marco histórico para a saúde indígena no Brasil: o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) seria estabelecido como componente do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº. 9.836/99, onde o MS passaria a ser responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para promoção e recuperação da saúde do índio, e a Funasa seria responsável pela execução das ações.

No momento em que o SUS encarava um momento de descentralização, ou seja, de aumento de sua superfície de contato com a realidade social, política e administrativa dos estados e municípios do país, o SASI-SUS atravessava uma insólita contradição, pois cabia à Funasa a missão de implantar o subsistema de saúde indígena, por meio da criação de 34 DSEI, sem recursos humanos suficientes para viabilizar a produção de serviços e atividades sanitárias e sem capilaridade burocrática para realizar a gestão local dos distritos sanitários.

O subsistema teria a árdua missão de adotar um modelo de organização da rede de serviços pautado por uma abordagem diferenciada e global, levando em conta as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas (BRASIL, 1999c).

A viabilização do acesso dos povos indígenas a uma rede de serviços básicos – por meio da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) –, organizados, hierarquizados, com participação dos povos indígenas e com recursos humanos qualificados em quantidade necessária para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, além da garantia de referência especializada na rede SUS, ficariam sob responsabilidade da Funasa, enquanto à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS caberia a articulação com estados e municípios para garantir que as populações indígenas tivessem acesso às ações e serviços do SUS em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 1999b).

Aspectos importantes relacionados à conformação e estruturação da gestão da saúde indígena, ao modelo assistencial adotado, bem como ao processo de distritalização sanitária instituído, a partir da implantação do subsistema de saúde indígena, em 1999, até o ano de 2010, serão abordados no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 – A IMPLEMENTAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DE 1999 A 2010.

O capítulo III será dedicado a retratar a trajetória de implementação do SASI-SUS, à luz do arcabouço legal constituído, das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas e do processo de distritalização sanitária. esse capítulo irá destacar os avanços obtidos, os limites de condução, as lacunas que permanecem e os desafios que são postos no difícil enfrentamento de questões da política setorial de saúde indígena, desde a publicação da Lei Arouca até 2010, ano que marca a transição da saúde indígena da Funasa para a Sesai.

A primeira seção, intitulada “*Organização e Gestão do Subsistema*” reúne assuntos relacionados à questão (i) dos recursos humanos em saúde indígena e a estratégia da terceirização adotada; (ii) do financiamento do setor, contemplando as fontes de recursos e a evolução do orçamento público destinado à saúde indígena; (iii) e da participação social.

A segunda seção, intitulada “*Distritalização Sanitária e Modelo Assistencial*”, apresenta assuntos sobre o processo de implantação dos Distritos Sanitários, em especial sobre os arranjos e estratégias adotados para corresponder à complexa missão de implantar os 34 DSEI, e por fim, as repercussões desse processo, principalmente face às relações entre o Estado e a sociedade indígena. Também aborda a importância da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no processo de construção e aperfeiçoamento do subsistema, os problemas para sua implementação e os principais desafios para a efetivação de suas diretrizes, na perspectiva da consolidação de um modelo diferenciado de atenção à saúde.

3.1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SUBSISTEMA

Um modelo de gestão deve contribuir para a plena realização dos modelos de atenção, de organização, de financiamento e de monitoramento e avaliação, desde que a gestão seja conceituada como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Num plano mais acadêmico, essa redefinição da gestão em saúde foi conceituada como:

[...] a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003, p. 559).

Há em todo o mundo dois modelos fundamentais de gestão em saúde: o Modelo Flexneriano, de 1910, e o Modelo Dawsoniano, de 1920, os quais até hoje servem de referência para a organização dos sistemas de saúde (NOVAES, 1990).

O modelo de Abraham Flexner, originário do início do século XX nos Estados Unidos da América, é baseado num paradigma fundamentalmente biológico e fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo. (NOVAES, 1990).

O modelo de Bertrand Dawson, médico e membro do Conselho Consultivo do Ministério da Saúde do Reino Unido, se reporta à experiência da Inglaterra desde 1600, com as primeiras leis de proteção aos pobres, recomendando em seu relatório de 1920 a regionalização dos serviços, como forma de coordenar os aspectos preventivos e terapêuticos, chamando atenção para a urgência de se estabelecer então uma política de saúde construtiva (NOVAES, 1990).

O SUS, concebido por influência do modelo Dawsoniano, que preconiza um sistema compreensivo, universal, integral e equânime, capaz de incluir toda a população indiscriminadamente é, ao mesmo tempo, operado como sistema de consumo de bens e serviços cada vez mais especializados, funcionando por inércia do modelo flexneriano adotado pela previdência social na atenção à saúde dos segurados e pelas escolas de formação profissional para a saúde, em consequência da influência americana do pós-guerra (RAGGIO, et al., 2009).

Um dos desafios do Subsistema de Saúde Indígena, de inspiração Dawsoniana, como o próprio SUS, é o de superar o conflito original com o modelo Flexneriano para dar conta da atenção à saúde integral e equânime a toda a população indígena brasileira, uma vez que as

tensões e dificuldades na operacionalização de um sistema de saúde em contexto intercultural são maiores.

A Lei Arouca, que instituiu o subsistema de saúde indígena, definiu em seus dispositivos aspectos gerais sobre o financiamento, modelo assistencial, relações entre o SUS e o subsistema, e participação social:

- Financiamento de responsabilidade da União, com custeio e execução das ações de forma complementar pelos Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais;
- Concordância com os princípios do SUS no que tange a descentralização, hierarquização e regionalização;
- Implantação do modelo de Distritos Sanitário Especial Indígena;
- Acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, considerando-se os serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS como referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; para isso recomendam-se adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas.
- Direito da população indígena à participação de 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.

As atribuições da Funasa, com relação à saúde dos povos indígenas, foram estabelecidas por meio da Portaria MS-GM Nº 1.163/1999 (BRASIL,1999b), em seu Artigo 2º:

“I – promover a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, visando facilitar o acesso dos povos indígenas às ações e serviços básicos de saúde, observando os seguintes aspectos:

a organização de cada distrito deve ser entendida como um processo a ser construído com a participação dos povos indígenas, observando os seus próprios conceitos e práticas relativos às suas condições de viver e morrer;

b) cada distrito deverá contar com uma rede hierarquizada de serviços para atenção básica dentro das terras indígenas;

c) o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade, localizadas fora dos territórios indígenas, deverá se dar de forma articulada e pactuada com os gestores municipais e estaduais;

II – garantir a referência para a atenção à saúde de média e alta complexidade na rede de serviços já existentes, sob gestão do estado ou do município;

III – garantir a participação dos povos indígenas nas instâncias de controle social formalizados em nível dos DSEI, por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde;

IV – conduzir a implantação e operacionalização dos serviços de saúde de atenção básica desenvolvidos nos DSEI;

[...]

VII – realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos DSEI;

VIII – promover condições necessárias para o processo de capacitação dos profissionais de saúde e educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos instrutores / supervisores”

A estrutura responsável pela política de saúde indígena dentro da Funasa foi o Departamento de Saúde Indígena (Desai), ligado à presidência da instituição, cujas competências foram instituídas por meio da Portaria MS nº 1.776/2003 com atribuição precípua de “promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, segundo peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade” (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, para operacionalizar a política de saúde indígena, o DSEI foi criado e organizado como sendo a menor estrutura funcional do subsistema. O DSEI tem entre suas principais atribuições planejar, organizar e operacionalizar – de forma direta ou indireta –

ações e serviços de saúde para os povos indígenas, com base nas necessidades de saúde desses povos e nos princípios e diretrizes organizativas do SUS.

As ações e serviços organizados pelos DSEI se concentram no campo daquilo que se convencionou denominar de Atenção Básica em Saúde, também conhecida internacionalmente como Atenção ou Cuidados Primários à Saúde, sendo dirigidos principalmente aos povos indígenas que vivem em aldeias e/ou territórios indígenas.

Aos estados e municípios cabem garantir, através da rede de serviços dos SUS, retaguarda para o subsistema, ou seja, promover a oferta de serviços especializados e de maior complexidade aos problemas de saúde que não forem solucionados no âmbito da atenção básica pelas equipes de saúde dos DSEI.

A Portaria MS-GM Nº 1.163/99 estabeleceu também as atribuições da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS em relação à organização da assistência à saúde à população indígena em todo o território nacional. Caberia à SAS, de forma articulada com a Funasa, organizar a assistência à saúde indígena e identificar as estruturas de saúde nos municípios de abrangência dos DSEI que serviria de referência para garantir acesso às ações e serviços em qualquer nível de assistência.

Com o objetivo de fortalecer a rede SUS nos municípios de referência para a população indígena, a mesma portaria instituiu dois incentivos que seriam repassados para municípios e/ou unidades hospitalares: Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena.

O fato é que, com o modelo de gestão adotado pela Funasa, os DSEI não dispuseram de autonomia administrativa e financeira para gerenciar plenamente os serviços de saúde indígena. Estabeleceu-se uma relação de subordinação política-institucional ao Desai, e administrativa às Coordenações Regionais da Funasa nos estados.

Os DSEI concentraram a organização e operacionalização dos serviços de saúde. As equipes de saúde eram coordenadas por uma equipe técnica que ficava na sede de cada DSEI, sob a gerência da chefia do distrito.

De outro lado, as questões relacionadas à gestão administrativa e financeira dos DSEI – como: aquisições de medicamentos, insumos estratégicos para a saúde, materiais de

expediente, equipamentos de saúde, passagens e diárias, contratos em geral, gestão de orçamento e pagamentos – eram dirigidas pelas Coordenações Regionais da Funasa nos estados.

O Desai administrava as relações político-institucionais, bem como coordenava, em todo território nacional, processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Já a SAS/MS se restringiu apenas a descentralizar recursos financeiros, na forma de incentivos, para municípios e unidades hospitalares com presença de população indígena. Com isso, os municípios da abrangência de cada DSEI passaram a receber da SAS, além do teto recebido fundo a fundo, o incentivo da atenção básica aos povos indígenas para apoiar a implantação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas. O incentivo da atenção especializada era repassado pela SAS aos hospitais que foram identificados no início da implantação dos DSEI com unidades de referência para a média e alta complexidades.

Athias & Machado (2001, p. 426), analisando a formatação da atuação da Funasa no início de implantação do modelo de Distrito Sanitário já ressaltava a presença de:

“algumas distorções quanto ao aspecto de autonomia orçamentária e financeira dos DSEI. O modelo administrativo adotado pela Funasa contém duas vertentes. Na primeira as Coordenações Regionais da Funasa atuam como ordenadoras de despesas e, por conseguinte, controlam os recursos financeiros destinados aos Distritos; na segunda modalidade administrativa, o nível central da Funasa realiza a celebração de convênios com organizações não governamentais, Secretarias de Saúde e universidades para execução dos serviços de saúde nas áreas indígenas”.

Como tentativa de aprimorar a política nacional de atenção à saúde indígena e o modelo de gestão, além de melhor especificar as atribuições do MS, estados e municípios, da Funasa e suas estruturas, foi publicada a Portaria GM/MS nº 70/2004.

O advento dessa portaria pareceu ser um movimento no sentido de fortalecer o papel das Coordenações Regionais da Funasa como intermediárias entre os DSEI e o Desai (RAGGIO, et al., 2009). Não obstante, há que se reconhecer que essa norma foi importante

para o processo organizativo do Subsistema de Saúde Indígena, tendo reforçado o reconhecimento da função de controle da participação social da população indígena por meio dos conselhos locais e distritais de saúde indígena. É a partir dela que se estabelece que cada Conselho Distrital deve aprovar e acompanhar a execução do respectivo Plano Distrital de Saúde Indígena.

Ainda sobre os arranjos de gestão instituídos pelo subsistema, Raggio et al (2009, p. 118) destacam a existência de três aspectos contraditórios:

“O primeiro aspecto aponta para a necessária centralização da gestão, por se tratar de atribuição legal específica da União e por cautela em evitar o acirramento de conflitos entre os povos indígenas e as administrações municipais, em franca oposição ao processo de descentralização do Sistema Nacional de Saúde em sua conversão ao SUS.

Segundo, a introdução da saúde indígena em uma autarquia que vinha se dedicando com crescente exclusividade à política de saneamento básico em municípios de 50 mil habitantes ou menos, tendo redução de quadros próprios por cessão aos estados e municípios em favor da descentralização.

Terceiro, a impossibilidade de que a Funasa fosse totalmente responsável pela gestão de um subsistema que não pode deixar de ser integral e equânime, fora do seu alcance tanto em quadros operacionais, quanto em estruturas de regulação, controle e avaliação, haja vista a designação da SAS, no mesmo ato que a Funasa, para construir a organização da assistência á saúde dos povos indígenas pela Portaria MS-GM 1.163”.

A estrutura organizacional e os arranjos empregados pela Funasa no processo de implementação do subsistema se expressam em alguns aspectos da gestão da saúde indígena que vão desde a gestão de pessoas, modelo de financiamento e participação da sociedade indígena na política de saúde.

3.1.1. A questão dos recursos humanos e a terceirização

Desde o início da implantação do subsistema, a Funasa/MS vinha buscando superar os limites à contratação de pessoal para o setor público, imposto em grande medida pela política de austeridade fiscal assumida pelo Estado brasileiro com a Lei de Responsabilidade Fiscal, por meio do estabelecimento de parcerias.

Essas parcerias possibilitaram ao MS e à Funasa operacionalizar a política de saúde indígena através do estabelecimento de convênios com outras entidades ou instituições.

A Funasa concentrava parcerias com entidades regidas pelo direito privado - classificadas como Organizações Não Governamentais (ONG) -, sendo a maioria delas empresas de consultoria de recursos humanos, fundações privadas ligadas a universidades; e associações ligadas a igrejas, a povos indígenas e a categorias profissionais.

A SAS/MS, em articulação com a Funasa, concentrava as relações e pactuações com os gestores do SUS - locais e/ou regionais (secretarias de saúde municipais e algumas estaduais) – descentralizando recursos da União, fundo a fundo, para que os entes federados pudessem realizar ações complementares em saúde indígena.

Estudando a política de saúde indígena entre 1990 e 2004, Garnelo ressalta que a estratégia encontrada pela Funasa para possibilitar a implantação do subsistema de saúde indígena em todo o país e o provimento de serviços de saúde em áreas indígenas, num contexto de carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos, foi a terceirização, através da celebração de convênios (GARNELO, 2004), com forte tendência centralizadora de poder no Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa, em Brasília.

Os serviços públicos, como saúde, educação, assistência e previdência social, cujo exercício é livre a iniciativa privada, podem ser prestados diretamente pelo Estado ou por particulares e, neste último caso, o Estado pode fomentar a atividade privada por meio da concessão de subvenções, transferindo recursos para, a partir da conjugação de esforços com tais agentes, ampliar a oferta destes serviços relevantes, e sempre escassos, para a população.

De acordo com o conceito insculpido no art. 12, parágrafo 3º da Lei 4.320/64, subvenções são “transferências destinadas a cobrir despesas de custeio das entidades beneficiadas”, das quais são espécies as subvenções sociais, aquelas “que se destinem a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial, ou cultural, sem finalidade lucrativa”,

e as subvenções econômicas, aquelas “que se destinem a empresas públicas ou privadas de caráter industrial, comercial, agrícola ou pastoril”.

As subvenções sociais devem ser transferidas por meio da celebração de convênio ou de instrumento que preveja parâmetros, diretrizes e metas para o desenvolvimento da atividade subvencionada.

O art. 19-B da Lei 8.080/90, incluído pela Lei 9.836/99, instituiu o SASI-SUS e o art. 19-C da Lei n. 8.080/90, incluído pela Lei n. 9.836/99 prevê que “Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”. Há previsão nesta mesma Lei, em seu artigo 19-E de participação complementar de estados, municípios e outras instituições governamentais e não governamentais.

Na prática, no entanto, o que se observou ao longo dos primeiros anos de implantação do subsistema de saúde indígena não foi a atuação complementar, mas a transferência praticamente integral das atividades de execução das ações de atenção à saúde indígena por parte da Funasa para organizações não governamentais, o que consubstancia não apenas violação das normas mencionadas, relativas às transferências ao setor privado, burla à norma constitucional que determina a prévia realização de concursos públicos para contratação de pessoal, como cria rotineiramente sérias embarrações e comprometimento da regular continuidade e eficiência das ações de atenção à saúde indígena.

Na região Amazônica, no início da implantação do subsistema, a maior parte dos convênios foi firmada com organizações indígenas, enquanto que nas regiões Nordeste e Sul-Sudeste, em função da carência de instituições minimamente preparadas para estabelecer convênios com a União, a opção encontrada foi a descentralização de recursos para os sistemas municipais assumirem a execução das ações.

Nos primeiros anos de implantação do subsistema, grande parte dos convênios celebrados recebiam recursos previstos nos planos de trabalho não apenas para a contratação de profissionais de saúde, mas também para aquisição de insumos estratégicos para a saúde (medicamentos, materiais odontológicos, materiais médico-hospitalares), combustível, aquisição de bens (carros, barcos, motos, motores de popa, mobiliário em geral, equipamentos médico, de enfermagem e odontológico) e construção de postos de saúde e polos base.

“A partir de 1999, a Funasa viabilizou um modelo de atenção que optou pela renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização (para fins deste texto, consideraremos a terceirização como o processo político-administrativo de transferência total ou parcial das atribuições essenciais do Estado para a esfera privada) das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas” (GARNELO & SAMPAIO, 2005, p. 1218).

A celebração de convênios no SUS não era uma prática desconhecida, porém fora abandonada devido aos problemas burocráticos desse arranjo jurídico-institucional, que frequentemente ocasionava morosidade, interrupção de repasses orçamentários, descontinuidade da prestação de serviços de saúde nas aldeias indígenas (GARNELO, 2004).

Entretanto, assim como destacam Garnelo & Sampaio (2005, p.1218), o formato assumido pela “terceirização em saúde indígena não encontra correspondente em qualquer área do SUS, que mantém a compra de serviços de entidades privadas, mas sem renunciar a execução direta de ações através de serviços próprios”.

“A geopolítica da terceirização mostra uma concentração de convênios firmados com entidades indígenas na Amazônia, onde o movimento indígena estava mais bem aparelhado em termos administrativos, tendo alguma condição de lidar com a burocracia estatal. No nordeste do país foi firmado um grande número de convênios com as prefeituras. As entidades indigenistas não governamentais surgem como curinga, assumindo os convênios onde dois agentes políticos anteriormente citados não se faziam presentes. Assim, temos convênios firmados com organizações não governamentais não indígenas distribuídos no eixo sul-sudeste e centro-oeste do país, e uma presença minoritária na Amazônia” (GARNELO, 2004, p. 11).

Como já foi visto no capítulo anterior, a partir dos anos 90 – em especial no período de governo Fernando Henrique Cardoso, no qual se estabeleceu um projeto de reforma gerencial - o país viveu um período de “crise do Estado”, caracterizado pela redução de sua capacidade de intervenção na economia e na implementação de políticas públicas, transferindo para a sociedade a execução das políticas sociais.

Confrontando as diferentes formas de participação social no campo das políticas sociais, Silva e colaboradores (2005, p. 376-377) destacam que:

“A participação da sociedade na execução das políticas sociais também sofreu uma grande alteração a partir dos anos 1980. Na conjuntura da luta pela democratização do país, consolidou-se no campo da atuação privada, até então dominada pelas entidades de cunho filantrópico, um novo elenco de atores sociais voltados à promoção da sociedade como protagonista de sua própria transformação. Movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs) passam a atuar na implementação de projetos sociais de diversos conteúdos, visando dotar comunidades e grupos sociais de protagonismo social em um Estado autoritário e numa realidade social marcada pela exclusão, discriminação e pobreza.”

“Já no contexto democrático, em especial durante os anos 1990, o campo da participação social na execução de políticas sociais foi reforçado a partir de um registro diverso de questões, cuja referência se deu em torna da chamada ‘crise do Estado’”.

O fato é que essa arena é marcada por inúmeras ambiguidades, paradoxos, incertezas, tensões e conflitos, principalmente em relação ao papel e atuação da sociedade civil, do Estado e as formas desejadas de participação social como instrumento de melhoria da gestão das políticas sociais¹⁴.

Na saúde indígena, a partir dos anos de 1999, o movimento indígena, especialmente na região amazônica - organizado por meio de organizações, associações e federações indígenas -, passou a exercer não apenas o seu papel controlador do Estado, que compreende um conjunto de ações que objetivam zelar, fiscalizar, acompanhar, participar dos fóruns de debate sobre o sistema de saúde, e cobrar das instituições e do governo por serviços de saúde de qualidade para suas comunidades indígenas, mas também inaugurou uma relação inovadora com o Estado assumindo a responsabilidade pela execução da política de saúde indígena.

¹⁴ Para maiores detalhes sobre as diferentes formas de participação da sociedade no campo das políticas sociais, ver Silva et al (2005).

Garnelo & Sampaio (2005, p. 1221-1222) estudando as repercussões etnopolíticas, éticas e sanitárias nas práticas adotadas pelas organizações indígenas face à implantação dos DSEI no estado do Amazonas, concluíram que:

“Os discursos indígenas demonstraram uma clara decisão de obter, através do campo da saúde, uma intensificação e aprimoramento da ação política do movimento indígena, numa ação contraditória em que a utopia da autodeterminação é alimentada pela vinculação com o poder de Estado”.

Acrescenta ainda que, do ponto de vista das lideranças indígenas, a terceirização da saúde apresenta “potencialidades para a ocupação de novos espaços de poder e para buscar a resolução de problemas e propostas de transformação da sociedade indígena através da própria iniciativa indígena, face ao descrédito da capacidade, ou vontade, do Estado em fazê-lo” (GANELO & SAMPAIO, 2005, p. 1221-22).

A questão é complexa e contraditória uma vez que, se por um lado o processo de terceirização da saúde indígena às organizações indígenas não lhes garantem autonomia, autogestão, e exigem um aprendizado burocrático e práticas de gestão que não fazem parte de suas lógicas de organização e atuação, por outro lado, é inegável que o movimento pela distritalização sanitária indígena promoveu um fortalecimento administrativo e gerencial das entidades indígenas e uma interação mais respeitosa entre as minorias étnicas e o Estado brasileiro (GANELO & SAMPAIO, 2005, p. 1222).

um período de redução da atuação do Estado na implementação de políticas públicas, o subsistema de saúde indígena começava a ser implantado em todo o país, por um lado com quadro reduzido de servidores da fundação, por outro lado com suporte entidades conveniadas com a Funasa e das prefeituras municipais que recebiam incentivos financeiros do MS.

Após a vitória do Partido dos Trabalhadores (PT) na eleição presidencial em 2002, criou-se um clima de muita expectativa da população indígena e suas representações (associações, organizações, federações) em relação à mudança de rumos e à estruturação efetiva do Estado brasileiro para execução mais ampla, direta e abrangente das ações de saúde indígena, conseqüentemente, fortalecendo o Subsistema de Saúde Indígena.

As relações entre a Funasa e as conveniadas, particularmente as indígenas, começam a enfraquecer após a troca de governo em 2003. As dificuldades encontradas pelas conveniadas para se estabelecer um diálogo profícuo com o Desai/Funasa no sentido de buscar soluções para os problemas estruturais do subsistema de saúde indígena nos DSEI, bem como dos diversos problemas judiciais ocasionados pelos sucessivos atrasos nos repasses orçamentários para a provisão de serviços de saúde, as denúncias veiculadas na imprensa nacional sobre a má utilização de recursos pelas convenientes, as pressões do Desai para que as conveniadas se convertessem em Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) no intuito de acelerar as prestações de serviços de saúde, e as mudanças na direção nacional do Desai corroboraram para agravar a crise entre o Estado e as entidades conveniadas entre 2003 e 2004.

Garnelo (2004), analisando a política de saúde indígena, ressaltou que as disputas políticas entre a Funasa e as convenientes, as constantes mudanças de regras na condução da política de saúde, as evidências de indício de distorção na aplicação de recursos públicos por parte de algumas conveniadas e as sucessivas interrupções na oferta de serviços de saúde nas aldeias dificultavam a construção do subsistema de saúde.

“A correção de rumos em políticas sociais exige sensibilidade e paciência, pois se há intenção do atual governo em abolir a política de Estado mínimo e investir numa estruturação efetiva do poder público, há que se reconhecer que mudanças tão súbitas não combinam com a delicada tarefa de preservar a vida humana. Além disso, todos sabemos que a distância entre a intenção de prestar uma atenção de qualidade e gesto de concretizá-la é ainda bem maior do que desejaríamos” (GARNELO, 2004, p. 25).

Após uma série de denúncias sobre mau uso de recursos por algumas entidades conveniadas, em 2004, já no primeiro mandato do governo Lula, com as portarias nº 69 e nº 70, são estabelecidas as novas diretrizes da saúde indígena: a Funasa tenta retomar a execução direta do atendimento, reduzindo a participação e o papel das organizações conveniadas, que se restringiram, a partir de então, à contratação e administração de pessoal.

A Funasa afirma que a experiência de convênio com ONG indígena não foi totalmente satisfatória, devido a inúmeras impropriedades e improbidades registradas em auditorias

internas e externas, tendo por consequência a finalização de diversos convênios. A título de ilustração, no ano de 2002, dos 20 convênios em situação de inadimplência, 14 eram convênios com ONG indígena (BRASIL, 2010b).

Até o ano de 2006 houve aumento gradativo no número de convênios celebrados. A partir de 2007, iniciou-se um esforço no sentido de reduzir o número de convênios para a saúde indígena, entretanto o valor orçamentário utilizado não decresceu na mesma ordem, fato que reforça a hipótese de que houve apenas uma redução no número de convênios, mas a abrangência desse arranjo nos DSEI permaneceu inalterada, à exceção de pequenos e incipientes ajustes (Tabela 03).

Tabela 03: Número de convênios de saúde indígena, por ano, e valor total aplicado.

Ano	ONG		Prefeitura Municipal	Universidade	Total	Valor orçamentário (R\$)
	indígena	não indígena				
1999	11	15	18	1	45	39.001.559,12
2000	14	13	18	1	46	42.005.775,40
2001	22	16	13	1	52	101.678.354,11
2002	29	20	8	1	58	116.597.065,42
2003	27	22	6	1	56	116.909.019,16
2004	31	20	4	6	61	126.780.721,54
2005	31	20	4	6	61	126.680.910,90
2006	26	26	5	6	63	145.280.528,70
2007	18	26	5	5	54	126.774.645,07
2008	21	22	5	4	52	153.180.950,88
2009	11	18	4	1	34	149.655.291,23
Total	241	218	90	33	582	1.244.544.821,53

Fonte: Funasa, 2010 – Desai: 1999-2009 – 10 anos de compromisso com a saúde indígena

Em 2008, diante da fragilidade institucional de realizar monitoramento da execução das ações complementares de saúde indígena pelas conveniadas, a regulamentação dos convênios ganha destaque com a Portaria nº 126/Funasa, de 04 de fevereiro de 2008, que regulamentou o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e DSEI, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena.

Por fim, a Portaria nº 293/FUNASA, de 7 de abril de 2008, estabeleceu critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, sendo que, dentre outras

medidas, consta que a celebração da parceria com entidades privadas sem fins lucrativos será precedida de chamamento público por meio de edital.

O fato é que a estruturação efetiva do Estado para assumir diretamente a execução da política de saúde indígena não ocorreu, pois era necessário que a Funasa fortalecesse seu corpo de funcionários, e a relação de dependência do órgão gestor no estabelecimento de parcerias com entidades públicas e privadas, por meio do instrumento de convênio, não cessou.

A própria Funasa reconheceu que “a ausência de concurso público durante todos esses anos foi, também, decisiva na busca de outros mecanismos de contratação de recursos humanos para atuarem na atenção à saúde dos povos indígenas”. “Os servidores disponíveis na Fundação Nacional de Saúde para esta missão, até hoje, são quantitativamente insuficientes e, como estratégia, optou-se, também para o financiamento desta atividade por meio de convênios com organizações não governamentais, organizações indígenas, prefeituras e universidades, que participaram de forma importante neste processo” (BRASIL, 2010b).

A carência de informações oficiais sobre a evolução do quadro de recursos humanos da saúde indígena prejudica a elaboração de uma análise mais qualificada. Entretanto, dados publicados por uma consultoria, contratada para realizar um diagnóstico da saúde indígena no Brasil, revela que, em 2007, existiam 12.926 trabalhadores, sendo que, apenas 10,2% total eram servidores da Fundação, e a grande maioria é terceirizada, contratada por meio das prefeituras municipais com incentivos repassados pela SAS/MS (44,9%), ou por meio das organizações não governamentais conveniadas com a Funasa (37,1%) (Tabela 04) (RAGGIO, et al, 2009).

Tabela 04. Número de trabalhadores da saúde indígena, por categoria profissional e tipo de vínculo, 2007.

Categoria profissional	Funasa	SAS/MS	Conveniada	Município	Outros	Total
Nível Superior	129	860	570	120	2	1.681
Nível Médio + AIS + AISAN	1.188	4.940	4.223	726	168	11.245
Total	1.317	5.800	4.793	846	170	12.926
Percentual	10,2%	44,9%	37,1%	6,5%	1,3%	100%

Fonte: Raggio, et al. 2009

Do ponto de vista da gestão de pessoas, o DSEI encontrava dificuldades para gerenciar seu corpo de trabalhadores, uma vez que o provimento de recursos humanos para compor as

equipes de saúde não estava sob seu comando. Parte dos trabalhadores era selecionada e contratada pelos municípios e outra parte contratada pelas conveniadas, ambos com autonomia para definir as equipes. Os DSEI apenas exerciam as funções de organizar e coordenar as ações de saúde realizadas pelas EMSI, além de prover os meios logísticos e os suprimentos.

Do total de trabalhadores, 1.681 (13%) eram de nível superior (médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, antropólogos e outros) e 11.245 (83%) eram profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário, microscopistas, agentes indígenas de saúde (AISAN), agentes indígenas de saneamento (AISAN) e outros) (RAGGIO, et al, 2008).

Partindo-se de análise por categoria profissional e por macrorregião, na região da Amazônia Legal, por exemplo, onde existem 24 DSEI e uma população de 279. 343 usuários do Subsistema de Saúde Indígena, o autor contabilizou apenas 102 médicos, 434 enfermeiros, 188 odontólogos, 25 nutricionistas, 26 farmacêuticos, 20 assistentes sociais, 03 psicólogos, 04 antropólogos, 20 administradores, 04 contadores e 73 outros. Isto significa uma relação de menos de um médico por mil usuários (0,6), menos de dois enfermeiros por mil usuários (1,4) (RAGGIO, et al, 2008).

3.1.2. Financiamento da Saúde Indígena

O financiamento das políticas de saúde tem se destacado como matéria relevante do ponto de vista econômico há pouco tempo. As funções do Estado, até a década de 30 eram relativamente pequenas e a questão do financiamento da saúde não estava dentro do aparelho do Estado, uma vez que as ações de saúde – que geralmente consome a maior fatia dos gastos em saúde – eram, em grande medida, financiadas pelos usuários dos serviços, fundos de previdência, organismos filantrópicos (MÉDICI, 2002).

A partir dos anos 50 e 60 os gastos públicos com saúde passam a crescer em largas proporções, especialmente no conjunto das economias desenvolvidas, e no final dos anos 80 os gastos com saúde assumem grandes proporções do orçamento público nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), começando a preocupar os economistas e os políticos associados ao setor (MÉDICI, 2002).

O problema do financiamento da saúde pública está relacionada a inúmeras questões que envolvem desde a estrutura tributária dos países – que define a parcela de recursos a serem aplicados pelo Estado para a implementação das políticas públicas – até a definição pelo pacto federativo e pelos arranjos institucionais (ABREU & BENEVIDES, 2004).

Nos países desenvolvidos, que investem parcela considerável do seu produto interno bruto (PIB) em saúde, cresce a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-assistenciais não redundam, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolvem, automaticamente, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, existe o problema adicional de estender a cobertura a toda a população e de atender as exigências de financiamento setorial em concorrência com outras necessidades de desenvolvimento social e econômico. (RIBEIRO, PIOLA & SERVO, 2005).

De uma maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde, provém de fontes públicas – a exceção mais importante são os Estados Unidos, onde a maior parte dos recursos é originária de fontes privadas. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a maior parte do financiamento – em torno de 70% - provém de fontes administradas pelo poder público. Na América Latina, onde predominam sistemas segmentados, a participação de recursos públicos é bem menor – inferior a 50%. O desembolso direto - forma mais iníqua e instável de financiamento - é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000).

No Brasil, pela CF de 1988, o financiamento do SUS foi definido como competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios, mediante recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal daqueles entes federados. Assim como já ocorria anteriormente, o financiamento da saúde se apoia em orçamentos fiscais e de contribuições.

Desde a CF de 1988 houve preocupação em buscar garantir recursos para a saúde. Inicialmente através da busca de garantir uma aplicação mínima dos recursos da Seguridade Social para a saúde. Com o aumento das despesas previdenciárias, a saúde perde espaço na distribuição dos recursos da Seguridade, sendo feita outra tentativa, através da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de

Natureza Financeira (CPMF), de garantir financiamento para esse setor (RIBEIRO, PIOLA & SERVO, 2005).

Durante a década de 90, o subfinanciamento do setor foi acompanhado da ênfase na descentralização do sistema de saúde, que correspondeu mais a uma desoneração de obrigações por parte da União do que propriamente um incremento real de recursos (NORONHA, SANTOS & PEREIRA, 2010).

A Emenda Constitucional 29 (EC 29), de agosto de 2000, foi a busca mais direta de vincular recursos orçamentários para a saúde, através da aplicação de um montante mínimo (RIBEIRO, PIOLA & SERVO, 2005). Entretanto, se por um lado, permitiu uma estabilidade de receita, por outro quebrou de vez a ideia de financiamento solidário da seguridade e dificultou acréscimos superiores à variação do Produto Interno Bruto (PIB) (NORONHA, SANTOS & PEREIRA, 2010).

A Lei Arouca que institui o subsistema de saúde indígena definiu que as ações a serem desenvolvidas pelos DSEI devem ser financiadas pelo orçamento da Funasa e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também podem atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

A Portaria n. 1.163, de 14 de setembro de 1999, instituiu as responsabilidades para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no SUS, criando dois incentivos: O fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAP-I) - destinado a apoiar a implantação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas – e o fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à população indígena (IAE-I) – destinado aos estabelecimentos hospitalares que considerem as especificidades da assistência à saúde dessas populações e que ofereçam atendimento diferenciado às mesmas, em seu próprio território ou região de referência.

No entanto, verificou-se ao longo dos anos que a utilização dos dois incentivos transferidos, por meio do Fundo Nacional de Saúde, para os municípios e hospitais ainda prescindia de regulamentação, principalmente pela ausência de regras e critérios equitativos nos mecanismos de alocação de recursos, e também pela carência de monitoramento, transparência, avaliação e controle na aplicação dos recursos.

Apenas em 2007, por meio da Portaria nº 2.656/GM/MS¹⁵ (que posteriormente fora revogada), os dois incentivos foram efetivamente regulamentados, criando-se, assim, condições para aumentar a organicidade entre o SUS e o subsistema e corrigir as conhecidas deficiências de integração de ações.

Os recursos do Subsistema de Saúde Indígena, desde 1999, são provenientes de três fontes distintas: (i) do tesouro nacional – alocado diretamente na Funasa, através do Programa 0150 (Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, contido no Plano Plurianual, em ações de saúde, sob a gerência da Fundação Nacional do Índio); (ii) do Ministério da Saúde – por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), denominado IAB-PI e IAE-PI com repasse mensal, regular e automático diretamente ao fundo municipal de saúde e estabelecimentos de saúde, visando atender as ações de contratação de equipes multidisciplinares e incentivos a hospitais credenciados; e (iii) Acordo de Empréstimo pactuado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial, denominado Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (Projeto VIGISUS) (BRASIL, 2010b).

Dados da Funasa revelam que o orçamento da Funasa aprovado pelo Congresso Nacional, por intermédio das Leis Orçamentárias Anuais, destinado à saúde indígena aumentou consideravelmente em termos nominais, no período de 1999 a 2009 (BRASIL, 2010).

Uma pesquisa realizada por um grupo de consultoria registrou que, entre 2003 e 2007, o orçamento liquidado da saúde indígena composto por recursos da SAS/MS e por recursos da Funasa aumentou 154% em termos nominais, ao passo que, em valores reais, o orçamento liquidado nesse período dobrou. O investimento do MS em 2007 foi cerca de 74% superior, em termos nominais, ao de 2003. (BIASOTO & TEIXEIRA, 2009).

No entanto, verificou-se que houve desaceleração do crescimento dos recursos para a saúde indígena em anos recentes. De 2003/04 o crescimento corrente foi de 29,22%; de

¹⁵ Na Portaria nº 2.656, de 2007, que revogou a Portaria nº 1.163, de 1999, o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, criados pela Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, passam a ser denominados Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas – IAB-PI - e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI. A Portaria n. 2.656 foi recentemente revogada pela Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009, na qual foi aprovado o Regulamento do SUS. Na Seção VII, relativo à Saúde Indígena, do Artigo 360 ao Artigo 383 está reproduzido praticamente todo o conteúdo da Portaria nº 2.656, revogada.

2004/05 o crescimento foi de 30,47%; de 2005/06 o crescimento foi de 37,81; e de 2006/07 o crescimento foi de 9,27% (BIASOTO & TEIXEIRA, 2009:152).

O gasto per capita com saúde indígena em 2007 foi de R\$ 987,10, enquanto que os gastos públicos com saúde para a população geral, em termo per capita, foram da ordem de R\$ 450,00, em 2006, de acordo como o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). O maior gasto per capita com a saúde indígena, registrado no estado de Goiás, foi sete vezes superior ao menor dispêndio, registrado no Rio Grande do Sul (BIASOTO & TEIXEIRA, 2009:154).

De acordo com dados da Funasa, de 2000 a 2009, o orçamento da Fundação destinado às entidades conveniadas cresceu 256% no período, enquanto que o orçamento do Ministério da Saúde para municípios e hospitais cresceu 839% (Tabela 05).

À medida que se registrava um crescimento no orçamento da saúde indígena, ampliava-se o volume de recursos transferidos diretamente da Funasa para entidades conveniadas e do MS, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para hospitais e municípios como população indígena para o financiamento da atenção à saúde (Tabela 05).

Tabela 05 – Valores de incentivos transferidos anualmente pelo FNS para hospitais (IAE-PI) e municípios (IAB-PI) e pela Funasa à entidades conveniadas.

Ano	N. Hospitais pactuados	Valor IAE-PI	N. municípios pactuados	Valor IAB-PI	N. convênios	Valor convênios
1999	0	0,00	48	1.000.550,00	45	39.001.559,12
2000	297	9.124.079,00	76	9.741.900,00	46	42.005.775,40
2001	328	15.181.224,00	192	28.871.000,00	52	101.678.354,11
2002	316	15.035.546,00	197	42.917.120,00	58	116.597.065,42
2003	339	16.901.778,00	222	44.805.570,00	56	116.909.019,16
2004	359	17.859.856,00	251	57.255.310,00	61	126.780.721,54
2005	364	20.654.512,00	302	94.674.520,00	61	126.680.910,90
2006	364	21.617.064,00	324	142.132.200,00	63	145.280.528,70
2007	364	22.111.908,00	322	151.296.600,00	54	126.774.645,07
2008	341	23.040.866,00	312	147.309.000,00	52	153.180.950,88
2009	341	23.583.704,00	312	153.675.064,00	34	149.655.291,23
TOTAL		185.110.537,00		873.678.834,00		1.244.544.821,53

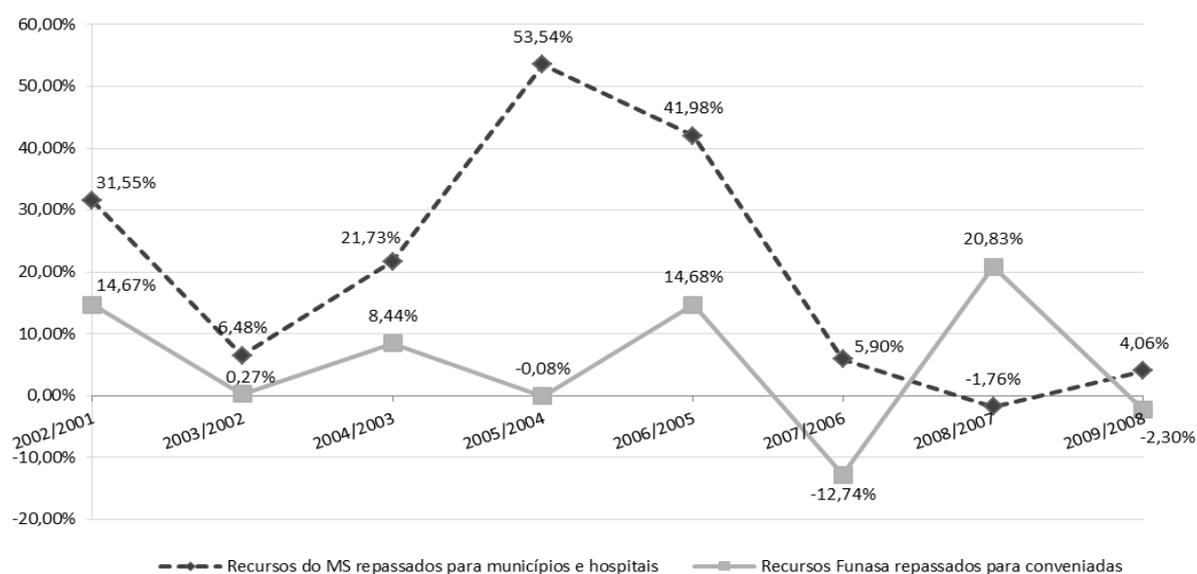
Fonte: Elaboração do autor a partir de dados da Funasa, 2010 – Desai: 1999-2009 – 10 anos de compromisso com a saúde indígena.

Nota-se que, ao longo dos anos de implementação do subsistema de saúde indígena, houve aumento de recursos descentralizados para as conveniadas, bem como para os

municípios e unidades hospitalares, para ações de saúde indígena entre um ano e o anterior. À exceção dos períodos 2007/2006 e 2009/2008 que registraram crescimento negativo dos recursos da Funasa para as conveniadas, bem como do período 2008/2007 que registrou crescimento negativo de recursos do Ministério da Saúde para os municípios e hospitais (Gráfico 04).

Apesar dos esforços das autoridades e gestores da saúde indígena no sentido de aumentar o orçamento destinado à saúde indígena de 1999 até 2009, verificam-se fragilidades relacionadas aos mecanismos de alocação e utilização dos recursos, aos fluxos de financiamento, bem como à gestão e controle dos recursos.

Gráfico 04. Crescimento anual do orçamento da saúde indígena no período de 2001 a 2009.



Fonte: Elaboração do autor a partir de dados da Funasa, 2010.

A duplicidade de fontes de recursos para a atenção à saúde indígena, considerando que a Funasa (Desai – Brasília) descentraliza recursos diretamente para as Coordenações Regionais nos estados e para as conveniadas, e a SAS/MS descentraliza recursos diretamente para os municípios, em paralelo e para os mesmos fins, se configura em um problema, uma vez que impede que o gestor local do DSEI exerça algum gerenciamento e controle sobre esse processo.

A fragmentação da alocação de recursos entre vários executores – conveniadas, DSEI, Core, Desai, prefeituras municipais – acaba por dificultar a gestão dos recursos e execução

das despesas. Para exemplificar, um município da abrangência de um DSEI pode receber incentivo financeiro, via SAS/MS, para contratação de equipes de saúde indígena. Entretanto, ele tem autonomia e liberdade para gerenciar e aplicar esse recurso, podendo ou não gastá-lo conforme demandas pactuadas junto ao DSEI e estabelecidas nos Planos Distritais de Saúde Indígena.

Outro gargalo do financiamento da saúde indígena é a falta de clareza nos critérios utilizados para o cálculo dos valores repassados pelas duas fontes. O montante de recursos transferido da Funasa para as conveniadas e para as Coordenações Regionais (recursos de execução direta) sempre fora definido anualmente, considerando o teto orçamentário estipulado pelo Desai, numa mesa de negociação entre o Chefe do DSEI (com limitada capacidade de negociação), Coordenador Regional e Diretor do Desai.

Já o incentivo da atenção básica para os povos indígenas (IAB-I) transferido, fundo a fundo, da SAS para os sistemas municipais de saúde foi regulamentado pela Portaria MS 1.163/99, porém sem a definição clara sobre os critérios adotados para definição dos valores.

Quanto ao incentivo da atenção especializada (IAE-I), os principais problemas são a falta de clareza sobre os critérios adotados para definição do rol de unidades hospitalares, bem como dos valores a serem repassados para cada unidade, e a baixa capacidade da Funasa de acompanhar a aplicação desse recurso e negociar permanentemente com o MS eventuais ajustes ou redefinições das unidades de saúde e dos valores do incentivo.

Corroborando com os pontos mencionados, Garnelo (2012), em revisão literária sobre a política de saúde indígena no Brasil, destaca que o orçamento da saúde é:

“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 executados 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 tem sido repassada diretamente aos municípios, os quais não atendem adequadamente às necessidades distritais” (GARNELO, 2012, p. 52).

Problemas e questionamentos relacionados ao financiamento da saúde indígena no Brasil têm suscitados, atualmente, debates sobre a necessidade de revisão do modelo de financiamento, considerando a necessidade de incorporar ao modelo as particularidades epidemiológicas, demográficas, étnicas, sociais, culturais dos povos indígenas, e da grande diversidade regional do Brasil, para uma alocação de recursos igualitária, equitativa e eficiente.

De acordo com Iglesias e colaboradores (2005), na América Latina, em Portugal, na Espanha e no Reino Unido, as tomadas de decisão nos sistemas de saúde como um todo não são fundamentadas em análises e avaliações econômicas, mas baseadas, primeiramente, na alocação de recursos segundo critérios políticos, registros históricos, áreas geográficas e grupos específicos de pacientes e de doenças.

Inúmeros são os trabalhos disponíveis na literatura que objetivam analisar o financiamento e o gasto público em saúde no Brasil, entretanto, há carência de estudos que abordam essa temática sob a ótica do subsistema de atenção à saúde indígena. Essa constatação reforça a necessidade da realização de estudos aplicados que possam contribuir para reformulação do modelo de financiamento do subsistema de saúde indígena.

3.1.3. Participação Social

A CF 88 reconheceu que a participação social é um dos principais elementos na organização das políticas públicas, não apenas quanto ao controle do Estado, mas também nos processos decisórios e na implementação das políticas sociais. Consequentemente, o texto constitucional alargou o projeto de democracia, compatibilizando princípios de democracia representativa e da democracia participativa (SILVA, JACCOUD & BEGHIN, 2005).

Silva e colaboradores (2005, p. 375) sintetizam a importância da participação social em relação à democratização das instituições, à proteção social e aos direitos sociais:

- a) a participação social promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório;
- b) a participação social permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas;

c) a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público.

A participação da sociedade, por meio dos conselhos nacionais de políticas sociais, no âmbito das políticas públicas não é algo novo no Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS). Entre os anos de 1930 e 1960, a participação social estava presente em diversas políticas, ainda que se revestia de um caráter eminentemente consultivo. A partir dos anos 1980, esse processo se alargou quando outros atores sociais começaram a participar dessas arenas, como as organizações não governamentais, associações de profissionais e entidades de defesa de direitos (SILVA, JACCOUD & BEGHIN, 2005).

Silva e colaboradores (2005, p. 380) definem sinteticamente que *os conselhos são*:

“instâncias públicas, localizadas junto à administração federal, com competências definidas e podendo influenciar ou deliberar sobre a agenda setorial, sendo também capazes, em muitos casos, de estabelecer a normatividade pública e a alocação de recursos dos programas e ações. Podem ainda mobilizar atores, defender direitos, ou estabelecer concertações e consensos sobre as políticas públicas. Em qualquer dos casos, ou seja, em acordo com as linhas de ação do Estado ou em conflito com elas, contribuem para a legitimação das decisões públicas”.

No campo da saúde pública, a luta pela democratização do país estimulou um importante movimento nacional que reivindicou mudanças radicais no sistema público de saúde brasileiro. O movimento da *Reforma Sanitária* levou à ampliação da organização popular e ao surgimento de novos atores sociais, produzindo e aumentando as demandas sociais sobre o Estado (MARTINS et al, 2008).

Autores como Oliveira (2004) e Martins et al (2008), destacam que, desde o movimento da reforma sanitária, a participação popular assumiu importante papel na saúde pública, onde os conselhos de saúde vêm convergindo como instâncias de ação política e de construção da cidadania, e ainda, vêm sendo primordial instrumento na garantia do direito à saúde e exercendo importante função de controle social, fundado nos princípios da democratização do poder decisório no SUS .

A Seção II - dedicada à Saúde -, do Capítulo II (da Seguridade Social) da CF/88, previu, no seu Artigo 198, que a participação da sociedade seria diretriz das ações e dos serviços públicos de saúde. O arcabouço jurídico-institucional que complementa os dispositivos do texto constitucional é formado pelas duas leis, conhecidas com Leis Orgânicas da Saúde: a Lei 8.080/90 – que regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que concerne a sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo – e a Lei 8.142/90 – que, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, através de duas instâncias colegiadas – Conselho de Saúde e a Conferência de Saúde -, e regula as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

A Lei n. 8.142/90 confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na cogestão do SUS nas três esferas de poder, interferindo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo.

Os Conselhos de Saúde podem ser entendidos como instâncias de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo, e tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária, além da responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano de Saúde de cada esfera de governo.

Para Kruger (2000), os conselhos de saúde são instrumentos privilegiados para a garantia dos direitos dos cidadãos, uma vez que impulsionam a construção de esferas públicas mais democráticas e participativas.

A Conferência de Saúde, de caráter apenas consultivo, deve-se reunir a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. A composição, tanto das conferências quanto dos conselhos, deve se dar de forma paritária entre a representação dos usuários e ao conjunto dos demais segmentos (representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da saúde).

A despeito do intenso avanço no processo de construção (ou reconstrução) dos conselhos de saúde, em especial após o advento do SUS, dirigido pela sociedade organizada

no exercício do acompanhamento e controle das políticas de saúde, Martins et al (2008), discutindo a construção da participação da sociedade civil no SUS, afirma que:

“[...] ainda se está longe de alcançar a plenitude da democracia republicana e pluralista moderna. Este contexto é uma firme justificativa para estudar a fundo a dinâmica e o funcionamento dos conselhos de saúde, uma vez que estes constituem uma inovação política institucional e cultural na consolidação do SUS, especialmente para se compreender a natureza das dificuldades a serem enfrentadas, das quais se destacam aquelas relativas à desigualdade e à exclusão de atores sociais importantes nesse jogo político” (MARTINS et al, 2008, p. 116).

Segundo Silva e colaboradores (2005), o Estado ganhou em transparência e a sociedade, por sua vez, avançou no campo da participação dos processos decisórios das políticas sociais. Entretanto, sinalizam que há muito o que se avançar em relação aos conselhos, principalmente em relação às atribuições de seus representantes.

Na saúde indígena, seguindo a modelagem do SUS, a participação social indígena se dá por intermédio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Locais de Saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) são instâncias de Controle Social, de caráter permanente e deliberativo, de acordo com a Lei nº 8.142/90. A PNASPI orienta que a composição dos conselhos indígenas se dê forma paritária, com 50% de usuários e 50% de representantes de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Garnelo (2012), estudando a participação social na saúde indígena, chama atenção para o fato de que a atuação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena muitas vezes se confundem com as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde, ainda que não existam dispositivos legais sobre formas de interface entre as duas instâncias de controle social.

Por outro lado, Benevides (2012), estudando o controle social no subsistema de saúde indígena, afirma que a criação dos Condisi proporcionaram o estabelecimento de um novo

canal de comunicação entre os povos indígenas e o Estado, bem como a constituição de novos espaços de interação.

Não obstante, destaca que:

“existe um descompasso entre a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social e realização prática desse controle. Ou seja, se reconhece a importância e defende-se a constituição das instâncias de controle social da saúde indígena, mas o exercício desse controle social ainda apresenta-se frágil diante da dificuldade para consolidar sua estrutura e para concretizar o diálogo intercultural” (BENEVIDES, 2012, p.116).

Os Conselhos Locais de Saúde, por sua vez, são constituídos apenas pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos polos base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Os representantes que fazem parte do Conselho Local de Saúde são escolhidos pelas comunidades daquela região.

Essa deve ser uma instância privilegiada de articulação e encaminhamento de discussões pertinentes às ações e serviços de saúde no âmbito de uma pequena região, ou seja, de um conglomerado de aldeias pertencente a um determinado polo base.

Na prática, entretanto, apesar da carência de dados sistematizados e pesquisas científicas sobre o funcionamento dos conselhos de saúde indígena no Brasil, segundo Garnelo (2012, p. 40), “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 esfera nacional, a saúde indígena é representada pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) que funciona como comitê assessor do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A CISI foi instituída pela Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro de 1991. Atualmente a sua composição está definida na Resolução CNS nº 380, de 14 de junho de 2007. Esta composição inclui a diversidade regional das populações indígenas, instituições de pesquisa, ensino e extensão e segmentos do controle social. A CISI tem a missão de

assessorar o CNS no acompanhamento da saúde dos povos indígenas por meio da articulação intersetorial com governos e com a sociedade civil organizada.

Ainda em âmbito nacional, a Portaria n. 644/2006 instituiu o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que tem por finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do SASI-SUS, das leis complementares específicas à Saúde Indígena, além de promover o fortalecimento e a promoção do controle social em saúde. Cabe ao Fórum ainda atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

Formado pelos 34 presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, o Fórum tem caráter consultivo, propositivo e analítico e é a instância máxima de assessoramento das Políticas de Saúde Indígena, no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde. O Fórum atua em consonância com as instâncias decisórias do SUS, com os Conselhos Distritais de Saúde Indígena e com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

A atuação do Fórum de Presidentes de Condisi no período da gestão da Funasa foi prejudicada pela falta de condições estruturais para o funcionamento regular dessa instância. Os gestores centrais, em muitos momentos, não ofereceram os dispositivos e subsídios básicos, como, espaço físico estruturado para o funcionamento da secretaria do fórum, recursos financeiros suficientes e disponíveis, técnicos qualificados para assessorar o Fórum e compor a Secretaria Executiva. Além disso, o Fórum teve dificuldade de definir a agenda e a pauta de reuniões, uma vez que as interferências dos gestores centrais e servidores públicos nessa seara eram frequentes.

Isso demonstra claramente que ainda há uma forte cultura autoritária permeando esses espaços, uma vez que para garantir as condições estruturais, financeiras e técnicas para o funcionamento efetivo dos conselhos de saúde indígena depende fortemente da disposição unilateral dos gestores e funcionários públicos ou de orientações políticas da administração.

Benevides (2012, p. 117) alerta para o fato de que a “atuação centralizada do Fórum, sem uma forte ligação com os conselhos distritais e com suas bases, pode desvirtuar seu papel”. “Ou seja, discutir a pauta colocada pelo governo e não as demandas das comunidades indígenas”.

Na história da saúde indígena no Brasil aconteceram quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena abordando temáticas diferenciadas. A primeira, em 1986, denominada I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas (I CNSPI) propôs as bases para a construção de um subsistema específico para cuidar da população indígena à saúde indígena.

A segunda, em 1993, denominada II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI) aprofundou a proposta de um modelo diferenciado e integral - incluindo a discussão da saúde, saneamento básico, nutrição, habitação – e, ao mesmo tempo, sinalizou para a criação de distritos sanitários.

Já na atual estrutura do Subsistema de Saúde Indígena, ocorreu, em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI), que discutiu principalmente questões referentes ao funcionamento dos CONDISI, modelo de gestão e organização dos serviços de saúde, vigilância em saúde, qualificação de agentes de saúde, recursos humanos, entre outros aspectos.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 2006, teve o tema central: “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Os cinco eixos temáticos discutidos nessa última conferência foram: I. Direito à Saúde; II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Desafios Indígenas Atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável.

Ainda que permeado por uma série de tensões inerentes ao processo de discussão, controle e deliberação da política de saúde indígena há de se reconhecer que o subsistema ganhou protagonismo, permeabilidade e transparência, avançando-se na constituição de arranjos e mecanismos de concertação entre o Estado e povos tradicionalmente excluídos.

A constituição de conselhos de saúde no interior da saúde indígena respondeu as demandas das Conferências de Saúde Indígena e da própria democratização da sociedade brasileira e do SUS, em face do processo de planejamento, monitoramento e avaliação, que permeia as políticas públicas, bem como das demandas de reorganização da intervenção do Estado em busca de maior igualdade, eficiência, equidade e universalidade.

No entanto, esse movimento não convergiu em torno de diretrizes comuns. Ao contrário, sofreu a influência de diferentes concepções, tanto no que se refere aos objetivos da atuação dos conselhos de saúde indígena, quanto no perfil do Estado em oferecer as condições suficientes para que a participação social fosse importante instrumento de aprimoramento da política pública.

Não restam dúvidas de que há muito que se avançar no campo do controle social na saúde indígena, especialmente em relação ao pleno exercício das atribuições de deliberação e controle da política de saúde por parte dos conselhos de saúde. Por mais complexas que sejam as relações que se estabelecem nos conselhos de saúde indígena, é imprescindível que o Estado, por outro lado, ofereça garantia de condições de funcionamento regular dessa instância, invista na qualificação dos conselheiros e estimule a participação de gestores municipais e estaduais nessa arena.

3.2. DISTRITALIZAÇÃO SANITÁRIA E MODELO ASSISTENCIAL

O modelo assistencial, segundo Silva Júnior & Alves (2007:27), se refere ao modo como se organiza as ações de saúde numa determinada sociedade. É um formato de organização e articulação de uma série de recursos disponíveis (físicos, humanos, tecnológicos) no intuito de enfrentar e solucionar os problemas de saúde de um coletivo.

O modelo assistencial inicialmente proposto na concepção do subsistema de saúde indígena – o qual seria reafirmado dois anos depois pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) – buscou compatibilidade com as determinações da Constituição Federal e com os princípios do SUS.

No SUS, à despeito de várias alternativas que foram sendo construídas no início de sua implementação – como: a Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis ou Saudecidade e o Movimento em Defesa da Vida –, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada em meados da década 90 como estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde (SILVA JÚNIOR & ALVES, 2007).

Na saúde indígena, a PNASPI reconheceu as evidências de um quadro sanitário caracterizado pela “alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzida com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuada de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas” (BRASIL, 2002, p. 10; 13) e propôs a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), entendidos como:

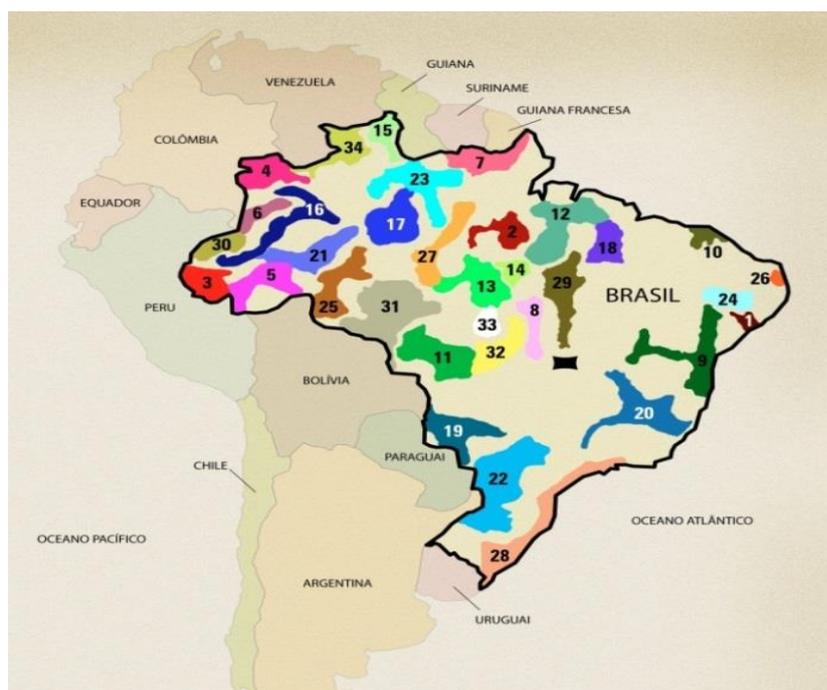
“modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social” (BRASIL, 2002, p. 13).

O modelo de Distritos Sanitários¹⁶, uma proposta de sistema local de saúde, nasceu do processo de reforma sanitária do país, na década de 90, no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde. Na saúde indígena, esse modelo fora referendado pela população indígena apenas na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 1993, e a partir daí, passou a fazer parte da pauta de reivindicação do movimento indígena (ATHIAS & MACHADO, 2001).

Para definição territorial dos DSEI foram seguidos os seguintes critérios: (i) população, área geográfica e perfil epidemiológico; (ii) acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; (iii) relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; (iv) distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas; e (v) disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura.

No Brasil, são 34 DSEI divididos estrategicamente pelos critérios já nominados, distribuídos de acordo com o mapa (Figura 01).

¹⁶ Sobre Distrito Sanitário no SUS, ver MENDES, E.V.; 1995. Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS.



1-Alagoas e Sergipe; 2-Altamira; 3-Alto Rio Juruá; 4-Alto Rio Negro; 5-Alto Rio Purus; 6-Alto Rio Solimões; 7-Amapá e Norte do Pará; 8-Araguaia; 9-Bahia; 10-Ceará; 11-Cuiabá; 12-Guamá Tocantins; 13-Kayapó Mato Grosso; 14-Kayapó Pará; 15- Leste de Roraima; 16-Médio Rio Solimões e Afluentes; 17- Manaus; 18- Maranhão; 19-Mato Grosso do Sul; 20-Minas Gerais e Espírito Santo; 21-Médio Rio Purus; 22- Interior Sul; 23-Parintins; 24-Pernambuco; 25-Porto Velho; 26-Potiguara; 27-Rio Tapajós; 28-Litoral Sul; 29-Tocantins; 30-Vale do Javari; 31-Vilhena; 32-Xavante; 33-Xingu; 34-Yanomami.

Fonte: SESAI/MS

Figura 01 – Mapa dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A atenção básica deve ser realizada na aldeia - por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde -, nos postos de saúde - pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) - periodicamente, conforme planejamento das suas ações. Os polos base são a primeira referência para as EMSI que atuam nas aldeias. Os polos podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível (BRASIL, 2002).

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos polos base devem ser referenciadas para a rede de serviços do SUS – que deve ser articulada e incentivada para a prestação de serviços - de acordo com a realidade de cada DSEI. As redes de média e alta complexidades do SUS devem servir de retaguarda para os problemas de saúde que, eventualmente, não forem solucionados pelas EMSI em nível de cada DSEI. Os procedimentos de referência e contra referência devem ser instituídos no sentido de garantir a plena articulação entre o subsistema e o SUS (BRASIL, 2002).

Os serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS devem ser executados pelas Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai), localizadas em municípios de referência dos distritos. Essas casas de apoio devem “estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso” (BRASIL, 2002, p.15).



Fonte: SESAI/MS

Figura 02 – Modelo organizacional e assistencial do subsistema de atenção à saúde indígena.

Para a definição e organização dos DSEI, a PNASPI orienta que cada distrito deve organizar uma “rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde”.

As equipes de saúde devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários. O perfil profissional (quantidade e qualidade) deve ser estabelecido em função do planejamento de cada DSEI, devendo obrigatoriamente considerar:

tamanho da população indígena, condições de acesso, necessidades específicas locais, dispersão geográfica (BRASIL, 2002).

A PNASPI orienta, ainda, para que a atenção básica seja realizada nas aldeias “por intermédio dos agentes indígenas de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme o planejamento de suas ações” e tem a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde como “uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental”, sendo que:

“o programa de formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais do serviço de saúde, das lideranças e organizações indígenas” (BRASIL, 2002, p. 15).

A capacitação de recursos humanos para a saúde indígena deveria, assim, “ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização de serviços” (BRASIL, 2002, p.16).

A PNASPI recomenda que este processo deva ser priorizado como “instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços” (BRASIL, 2002, p. 16). Para tanto se faz necessária a realização de cursos de atualização/ aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

Debater a organização do processo de trabalho em saúde e as práticas de saúde no âmbito do modelo de atenção implica em refletir sobre os arranjos institucionais e organizacionais que lhes dão suporte, ou seja, como a gestão e a organização dos serviços se estruturam para “produzir saúde” (PAIM,1999).

Não é uma tarefa fácil empreender uma avaliação, mesmo que preliminar, sobre o desenvolvimento do modelo de atenção à saúde indígena, não apenas devido às diferenças no processo de distritalização sanitária em cada DSEI, mas também pelo fato desta ainda estar em curso.

Athias & Machado (2001), analisando o modelo de distrito sanitário indígena, cuja implantação estava em curso no país, já chamavam a atenção para três fatores. O primeiro se refere à dificuldade de espaço e diálogo da participação social indígena com os profissionais de saúde, dificultando assim a integração das medicinas tradicional e ocidental em prol de um sistema local de saúde mais adequado às especificidades de cada povo indígena.

O segundo fator refere-se a problemas de planejamento e organização dos serviços de saúde relacionados, principalmente, pela adoção de um modelo centrado no assistencialismo, e incapaz de aceitar outros “modelos” que fogem àqueles já preconizados na formação acadêmica dos profissionais de saúde.

O terceiro, e último, fator refere-se as diferenças nas concepções de acesso aos serviços de saúde que são provenientes da falta de clareza e entendimento mais amplo dos diversos problemas de saúde referidos sob diversas formas sem discussão mais ampla antes de iniciar qualquer tipo de planejamento em saúde – que poderiam se constituir em obstáculos expressivos no movimento de implantação dos DSEI, cuja proposta inicial era justamente realizar um processo social de mudança das práticas sanitárias e a adoção de um modelo adequado às áreas indígenas.

De um modo geral, o modelo de atenção à saúde implementado não tem conseguido se consolidar e ser potente o suficiente para solucionar os problemas sanitários locais. Isto porque tem sido excessivamente centrado na prática assistencialista e tecnicista, deixando a segundo plano as estratégias de discussão local com a comunidade, a possibilidade integração entre as medicinas tradicional e ocidental, e a incorporação das práticas de vigilância em saúde e promoção da saúde.

Pellegrini e colaboradores (2009, p. 100-101) reforçam essa concepção quando destacam que “o modelo assistencial implantado nos distritos segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência e os indicadores nos mostram que não tem conseguido atender as necessidades e resolver os principais problemas de saúde”, principalmente porque a “assistência à saúde não tem se

efetivado de forma continuada nas aldeias, principalmente na região amazônica, onde as distâncias e o difícil acesso exigem estratégias diferenciadas de prestação de serviços, para garantir a continuidade da assistência”.

A irregularidade das ações de saúde em áreas indígenas e a valorização de um modelo centrado no tecnicismo dificultaram que o conceito de vigilância em saúde se tornasse verdadeiramente um eixo orientador do modelo de atenção.

Segundo Paim (2001), a vigilância da saúde, como prática sanitária de organização do processo de trabalho em saúde para enfrentamento de problemas contínuos, enfoca as relações entre a equipe de saúde e a população; atua sobre os danos, riscos e condições determinantes da saúde.

Nesse contexto, o conjunto articulado de ações que incidam sobre os “efeitos” dos problemas de saúde (doença, agravos) - como ações programáticas regulares, assistência à saúde focada nas famílias -, bem como ações que incidam sobre as “causas” - ações intersetoriais, ações de vigilância em saúde e promoção da saúde -, levando-se em consideração que o processo saúde-doença é bastante distinto entre o mosaico de etnias indígenas existente, pode ser extremamente potente para o enfrentamento dos problemas de saúde da população indígena.

A política de capacitação de trabalhadores da saúde indígena não foi suficiente estruturada para ser transformadora das práticas profissionais e da organização do trabalho. Os planos anuais de capacitação eram construídos pelos DSEI, que por sua vez elencavam toda sua demanda em um único ano, sem critérios definidos ou recomendações técnicas do nível central, inviabilizando todo o processo institucional. Uma vez encaminhados para as Core e/ou Desai, a morosidade da análise técnica e de descentralização dos recursos deixavam os distritos sanitários, muitas vezes, sem possibilidade de executar sequer um evento discriminado no plano anual.

Para ser ter uma ideia, em 2007, ainda que seja provável a existência de subregistro, apenas 132 profissionais foram capacitados em alguma temática (DST, Tuberculose, Saúde da Mulher e da Criança, módulo de formação de AIS, controle social, assistência farmacêutica, entre outros) de um total de 12.895 profissionais atuando na saúde indígena em dezembro de 2007 (RAGGIO et al, 2009).

Questões relacionadas à indisponibilidade de profissionais qualificados para atuar em um contexto intercultural, carência de equipamentos e insumos estratégicos básicos, e frágil articulação com as referências regionais constituem o conjunto de fatores que tem dificultado a implementação de um modelo de atenção, de fato, diferenciado.

Corroborando com os argumentos apresentados, Pellegrini e colaboradores (2009, p.102) destacaram que a “demora de agendamento de consultas e exames especializados e a quase absoluta ausência de contra referência foram os principais problemas apontados na articulação com a rede regional. Em alguns casos também é referida a discriminação dos pacientes indígenas nesses serviços”.

No âmbito das relações intra e interinstitucionais - entre DSEI, Core, Desai, municípios e conveniadas - na busca pela produção de serviços em áreas indígenas, observou-se certo descompasso entre os objetivos da política de saúde indígena e os resultados práticos em nível local.

Uma primeira linha de explicação diz respeito à dimensão burocrática do distrito sanitário, que carrega consigo uma conotação puramente organizacional, operacional e territorial, em prejuízo à dimensão sanitária que incorpora práticas de trabalho ancoradas num processo social de mudança, de proteção da saúde e melhoria das condições de saúde.

Uma segunda linha de explicação diz respeito às relações frágeis, duais e paradoxais entre a Funasa e seus parceiros (municípios, conveniadas). A fragmentação do financiamento e a divisão (ou superposição) de responsabilidades contribuíram negativamente não apenas na execução das ações de atenção primária como também nas articulações entre o subsistema e o SUS, em especial para atendimento da média e alta complexidades, o que prejudicou, sobremaneira, a consolidação da distritalização sanitária e o processo de fortalecimento dos DSEI.

Em última linha explicativa, questões de ordem estrutural – como a insuficiência e precariedade de infraestrutura mínima (polos base, postos de saúde, meios de transporte e locomoção, saneamento básico em áreas indígenas) para o pleno desenvolvimento das ações preconizadas, somadas à falta de uma política clara para os recursos humanos (contratação, qualificação, formação de agentes indígenas de saúde) aparecem como os problemas crônicos mais visíveis e sensíveis do subsistema de saúde indígena e compõem a lista de tarefas que

terá de ser enfrentada para que a próxima trajetória de desenvolvimento da política de saúde indígena seja virtuosa no caminho da consolidação do sistema de saúde.

Ao longo desses doze anos, ainda que enfrentando dificuldades nos campos da gestão e atenção à saúde, o subsistema de saúde indígena, que se propôs a oferecer atendimento integral e diferenciado às necessidades de saúde dos povos indígenas, registrou resultados que serão demonstrados por meio de indicadores de monitoramento e serão abordados no próximo capítulo.

CAPÍTULO 4 – DIMENSÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DE 1999 A 2010.

Esse capítulo pretende apresentar os principais resultados obtidos pelo subsistema desde sua implantação até o ano de 2010, captados por diferentes fontes de informação, os problemas que persistem em relação ao acesso da população indígena aos serviços de saúde e as principais características do quadro sanitário.

Esses resultados passam pela estruturação da rede assistencial, tanto no que se refere aos estabelecimentos de saúde quanto em relação aos recursos humanos. Estão relacionados, também, a indicadores de acesso da atenção ao pré-natal; à cobertura do acompanhamento do estado nutricional de crianças e gestantes indígenas, e à cobertura dos serviços de saúde bucal e imunização. Todos esses resultados serão apresentados na primeira seção.

Na segunda seção serão apresentadas as medidas implementadas no subsistema na área da assistência farmacêutica, em especial no âmbito da gestão, que por sua vez compreende os processos de aquisição e distribuição de medicamentos.

A terceira seção abordará um indicador de resultado – a mortalidade infantil – que se relaciona diretamente com a associação de ações do sistema de saúde, melhoria das condições sanitárias, alimentação, escolaridade, entre outros determinantes demográficos e socioeconômicos.

A última seção também apresentará alguns indicadores de resultado relacionados ao controle de doenças como, a Influenza A (H1N1), a Malária e a Tuberculose, as duas últimas consideradas endêmicas na população indígena.

A escolha dos temas que serão abordados nesse capítulo para retratar a dimensão dos resultados da implementação do subsistema de saúde indígena, bem como de alguns indicadores selecionados para cada temática, foi baseada em alguns aspectos.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (OPAS, 2008).

Nesse sentido, especificamente duas publicações da Funasa (“Lei Arouca: 10 anos de compromisso com a Saúde Indígena” e “Vigilância e Controle de Doenças: indicadores selecionados”), foram utilizadas como subsídio para as análises de cobertura de equipes de saúde indígena e unidades de saúde, cobertura de ações de saúde bucal e imunização, bem como para as análises dos indicadores de mortalidade infantil e de algumas doenças endêmicas, como Malária e Tuberculose.

Outro aspecto importante e central é a relevância dos temas e indicadores selecionados para os processos de monitoramento da política pública. As quatro dimensões escolhidas para contribuir com o monitoramento da política pública de saúde indígena foram: (i) acesso e cobertura dos serviços e programas de saúde, (ii) acesso à medicamentos, (iii) mortalidade infantil e (iv) vigilância e controle de doenças.

Ainda que haja divergências na terminologia e na abrangência do conceito de acesso, Travassos & Martins (2004) afirmam que existem linhas de concordância entre autores que tratam da temática.

“Quanto à abrangência do conceito, observa-se uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos” (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 191).

O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador de saúde que, além de informar a respeito dos níveis de saúde de uma população, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de dada conformação social (COSTA, 1995).

Um aspecto também importante na escolha dos temas a serem abordados nesse capítulo é a sua utilização pelos gestores da política nos relatórios públicos de prestação de contas à sociedade, bem como ressalta a Funasa em sua última publicação sobre o tema saúde indígena no ano de 2010:

O resultado desse esforço de gestão e de prestação de serviços é apresentado de forma objetiva neste documento “Vigilância em Saúde Indígena – Dados e Indicadores Selecionados 2010” que demonstra, por um lado, a complexidade da missão da Funasa, e por outro, a ousadia necessária para impactar nos indicadores de saúde (BRASIL, 2010, p. 4).

Um último aspecto diz respeito a disponibilidade de pesquisas científicas que corroboram ou não com os dados oficiais disponíveis sobre as temáticas definidas.

4.1. ACESSO E COBERTURA

A despeito da existência na literatura de variações no conceito de acesso, que por vezes é utilizado de forma imprecisa e pouco clara na relação com o uso dos serviços de saúde, prevalece a concepção de que acesso está associado à oferta dos serviços e constitui uma dimensão do desempenho dos serviços de saúde (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Travassos & Martins (2004), em revisão literária sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, destacam uma tendência entre os autores de deslocamento da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados de saúde. No entanto, concluem que:

“deve-se priorizar o emprego de medidas que apreendam cada uma das etapas no processo de utilização de serviços, de forma a permitir a verificação do efeito dos múltiplos fatores explicativos das variações no uso de serviços, como destas nas condições de saúde das pessoas e desta forma orientar melhor a formulação de políticas para um melhor desempenho dos sistemas de saúde” (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 197).

Com a implantação do subsistema, os DSEI tinham a árdua tarefa de expandir a atenção básica, por meio dos programas de saúde preconizados, para todas as regiões onde existissem aldeias indígenas, cuja população necessitava de atenção diferenciada à saúde, e construir sistemas locais de saúde democráticos e adaptados às diversidades locais, culturais e ambientais.

Nesse contexto, o subsistema de saúde indígena precisaria construir uma rede de estabelecimentos de saúde nas aldeias indígenas e em algumas cidades estratégicas de referência para a população indígena no âmbito de cada DSEI.

A Portaria Funasa nº 479, de 13 de agosto de 2001, estabeleceu as “Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde em áreas indígenas”. No entanto, em função nova normativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) - RDC nº50, de 21 de

fevereiro de 2002 – a então Portaria foi revista e os critérios foram modificados por meio da Portaria Funasa nº 840/2007.

Essa última Portaria, vigente até então, definiu cinco tipos de estabelecimentos de saúde, a partir do conceito de subsistema de saúde e do modelo de organização e de serviços dos DSEI: (i) Unidade de Apoio aos AIS e AISAN, (ii) Posto de Saúde Indígena; (iii) Sede do Polo-base Indígena (Tipos I e II), (iv) Casa de Saúde Indígena; e (v) Sede de Distrito Sanitário Especial Indígena.

De acordo com a Portaria, a Unidade de Apoio aos AIS e AISAN é um estabelecimento de saúde em terras indígenas com estrutura física simplificada para apoio às atividades desenvolvidas pelos AIS e AISAN com objetivo de atender aldeias que não apresentem demanda para implantação de estabelecimento de maior porte.

O Posto de Saúde Indígena é um estabelecimento de saúde, localizado em zonas rurais ou em terras indígenas, para realização de ações de atenção básica por meio da EMSI, bem como para servir de referência aos AIS e AISAN das Unidades de Apoio.

A Sede de Polo-Base Indígena é um estabelecimento de saúde, referência para um conjunto de Postos de Saúde Indígenas, Unidades de Apoio e aldeias para as ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área geográfica de abrangência. O Polo-base Tipo I desenvolve atividades técnico-administrativas, de saneamento e de atenção básica à saúde. Pode estar localizado em sedes ou distritos de municípios, em zonas rurais e em terra indígena. O Polo-base Tipo II desenvolve as mesmas atividades que o tipo I, à exceção das ações de saúde.

A Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) é um estabelecimento de saúde, localizado em sede de município estratégico, que presta apoio (saúde, acomodação, hospedagem, alimentação) ao índio, bem como a seus acompanhantes, referenciado pelo DSEI para atendimento de média e alta complexidade na rede SUS.

A Sede do DSEI é um estabelecimento que gerencia e coordena as ações de atenção à saúde indígena realizadas na rede de serviços de sua abrangência, devendo estar integrada, hierarquizada e articulada com o SUS.

Em 2010, a rede de saúde do subsistema contava com 34 DSEI, 358 Polos-Base, distribuídos na abrangência de 448 municípios, 751 Postos de Saúde e 67 CASAI, estruturada

para atender 600.518 indígenas cadastrados, moradores de 4.774 aldeias (BRASIL, 2010a) (BRASIL, 2010b).

Garnelo (2012:39), analisando a Política de Saúde Indígena no Brasil, ressalta que no período subsequente à implantação do subsistema a cobertura assistencial cresceu gradativamente, porém ainda aquém da real necessidade.

Fazendo-se uma relação entre número de aldeias e polos-base, a proporção encontrada, com base em dados de 2010, é de 13,3 aldeias para cada polo base. A análise de Garnelo (2012, p. 39), com base em dados menos recentes, destaca que na proporção de 13,4 aldeias/polo é “possível a oferta de 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 polos-base”.

Em consonância com as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁷ – que reorganiza a atenção básica no âmbito do SUS -, a PNASPI também recomenda que as equipes de saúde dos distritos, ou EMSI, devam ser compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando, complementarmente, com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas.

Baseado em dados mais atuais, disponibilizados pela Funasa, fazendo-se uma relação entre o número de indígenas atendidos pelo subsistema e o número de polos-base, considerando, idealmente, que cada em cada polo-base existe uma EMSI, teríamos a relação de uma equipe para 1.677 indígenas (BRASIL, 2010a) (BRASIL, 2010b).

A Política Nacional de Atenção Básica, publicada por meio da Portaria MS n. 2.488/2011 estabelece que:

“... cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que

¹⁷ A atual Política Nacional de Atenção Básica (2012) orienta que cada Equipe de Saúde da Família deve contar com no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal.

o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe”.

Garnelo (2012, p. 39), baseado em número de famílias, destaca que, se cada polo base contasse com uma equipe de saúde a proporção de famílias atendidas por equipe (230 a 396 famílias por equipe) seria satisfatória de acordo com as normas da Atenção Primária, no entanto, chama atenção para o fato de que 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”.

Na prática, entretanto, a Funasa nunca trabalhou com a ideia de realmente agrupar os profissionais de saúde por equipe, ou seja, por EMSI aos moldes da saúde da família. Em função disso não existem informações disponíveis na literatura, nem sequer oficiais, sobre o número de equipes, a lotação das equipes por polo base ou posto de saúde, tampouco sobre a sua composição.

Evidentemente que cada DSEI deve possuir essa informação, mesmo que fragilmente organizada e susceptível a alterações e ajustes de ordem não técnica. Isso porque não houve regulamentação complementar oficial sobre os critérios para definição da composição, carga horária e número de equipes. Nesse sentido, não é possível saber quantas equipes estão completas ou incompletas, quantas equipes existem por território ou polo base em cada DSEI, assim como não é possível se fazer relações entre o número de equipes e a população adscrita para cálculos de cobertura.

O que se tem são números de trabalhadores por categoria profissional. Em 2007, a cobertura do profissional médico para cada mil indígenas registrada foi de 0,6 – sendo a melhor média a do DSEI Sul-Sudeste (1,6) a pior média a dos DSEI Alto Rio Juruá e Pernambuco (0,1). Em 30 DSEI (88,2%), de um total de 34, a cobertura de médico para cada 1.000 indígenas foi inferior a 1, e desse grupo, 3 distritos não tinham o médico em suas equipes - Amapá e Norte do Pará, Vilhena e Vale do Javari (PELLEGRINI et al, 2009).

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2010, o número de médicos para cada mil habitantes registrado foi de 1,86 – relação três vezes maior que no subsistema -, com grandes diferenças regionais que varia de 0,9 na região Norte a 2,51 no Sudeste (BRASIL, 2011).

Em relação ao Enfermeiro, a cobertura para cada mil indígenas registrada foi de 1,4; com grandes variações entre os DSEI – sendo a melhor média registrada no DSEI Porto Velho (3,6) e pior média no DSEI Pernambuco (0,6) (PELLEGRINI et al, 2009).

As respostas de 23 DSEI a questionário, aplicado por Pellegrini e colaboradores (2009), sobre a caracterização dos distritos, apontaram para a necessidade de aumento no número de profissionais. Em média, haveria necessidade de aumentar em 56,59% o número de médicos, 81,05% o número de enfermeiros e 84,89% o quadro de técnicos de enfermagem.

Muito pouco se conhece sobre a infraestrutura de equipamentos de saúde disponíveis na rede do SASI-SUS, no entanto, dados de uma pesquisa realizada por uma consultoria, contratada para avaliar o subsistema, em 2008, indicavam a existência de 1.106 veículos terrestres, 1031 veículos aquáticos e 1.168 equipamentos de radiocomunicação.

A Funasa revela que aplicou, entre 1999 e 2009, cerca de R\$ 61 milhões em aquisições de veículos, equipamentos de informática, equipamentos médicos, aparelhos eletroeletrônicos, mobiliário, geradores de energia, sistema de energia solar, entre outros equipamentos. Desse montante, 68,34% (R\$ 41.678.951,00) foram gastos para aquisição de barcos, carros e embarcações para as EMSI, sendo 81% desse valor aplicado entre 2007 e 2009 (Tabela 06) (BRASIL, 2010).

Tabela 06. Investimento, em reais (R\$), em equipamentos e material permanente para a saúde indígena por meio da Funasa, Projeto VigiSUS e Convênios, em diferentes períodos.

Equipamentos e bens permanentes	Aplicação direta da Funasa (1999 a 2009)	(%)	Aplicação por meio do Projeto VigiSUS (1999 a 2009)	(%)	Aplicação indireta por meio de Convênios (1999 a 2004)	(%)
Veículos para deslocamento das EMSI e pacientes	41.678.951,00	68,69	2.591.362,22	35,01	6.154.993,95	43,17
Equipamentos de informática e comunicação	5.161.208,00	8,51			2.700.983,01	18,95
Equipamentos médico, odonto e hospitalares	5.211.149,76	8,59	4.810.600,59	64,99	1.640.425,64	11,51
Aparelhos eletrônicos para DSEI e CASAI	2.435.897,79	4,01			3.759.799,78	26,37
Mobiliários em geral e material para escritório	2.847.666,00	4,69				
Outros equipamentos ¹ para os DSEI	3.341.388,00	5,51				
Total	60.676.260,55	100,00	7.401.962,81	100,00	14.256.202,38	100,00

Fonte: Elaboração do autor com base em dados da Funasa, 2010. ¹Esse item é composto por roçadeira manual, carrinho de mão, cadeira de roda, extintor de incêndio, balcão, bombas em geral, caixa térmica, placa solar.

Todavia, o trabalho de consultoria realizado, em 2008, pelo consórcio IDS-SSL-Cebrap detectou, com base nas respostas de questionários encaminhados aos DSEI, que a

infraestrutura inadequada, a comunicação e os meios de transporte insuficientes são os principais fatores que dificulta o desenvolvimento das ações de saúde.

A consultoria também aponta para distribuição desigual de equipamentos entre os DSEI. Para se ter uma ideia, apenas 7 dos 21 distritos que dependem de meio de transporte aquático têm sua necessidade suprida acima de 50%, sendo que dois distritos (Alto Rio Negro e Porto Velho) têm menos de 10% dos equipamentos necessários (PELLEGRINI et al, 2009).

Em relação ao acesso à atenção pré-natal, conforme dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, em 2008/2009, os números demonstram que no conjunto das macrorregiões, 88,6% das mulheres referiram ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses. No entanto, a pesquisa aponta para diferenças regionais. Na região Norte o percentual foi 72,4%; no Nordeste, 86,4%; no Centro-Oeste 94,3%; e no Sul/Sudeste, 97,5%.

A média do número de consultas pré-natais relativas à gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses foi de 4,7 consultas por mulher (IC95%: 4,4-5,0) para o conjunto das macrorregiões, inferior o número de consultas preconizado por mulher pelo MS, e com variações entre 3,1 (região Norte) e 5,3 (Nordeste) (Tabela 07)(ABRASCO, 2009:182).

Tabela 07. Realização de pelo menos uma consulta de pré-natal e média de consulta de pré-natal, segundo macrorregiões, Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Local	Percentual mulheres com filho menor que 60 meses com no mínimo 1 consulta pré-natal		Média de Consultas Pré-Natal
	n	%	Média
Brasil	3334	88,6	4,7
Norte	1192	72,4	3,1
Nordeste	788	94,3	5,3
Centro-Oeste	766	86,4	4,7
Sul / Sudeste	588	97,5	5,3

Fonte: Elaboração do autor com base em dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígena, ABRASCO, 2009.

Na investigação do trimestre de gravidez da primeira consulta pré-natal, o inquérito apurou que 46,2% das mulheres indígenas informaram ter realizado sua primeira consulta pré-natal no primeiro trimestre da gravidez. As variações entre as regiões também foram

consideradas significativas: na região Norte o percentual foi de 33,3%; no Nordeste, 43,4%; no Centro-Oeste, 58,6%; e no Sul/Sudeste, 47,4% (ABRASCO, 2009:184).

Dados de dois levantamentos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizados em 1996 e 2006, revelam que no Brasil o percentual de mulheres, entre 15 e 49 anos, que realizaram a primeira consulta pré-natal nos três primeiros meses de gestação passou de 66% para 82,5%, respectivamente. Esse percentual é quase o dobro do registrado no inquérito indígena.

Em relação à cobertura assistencial de crianças menores de 5 anos de idade, um indicador frequentemente utilizado para analisar a cobertura assistencial de crianças menores de cinco anos de idade é o acompanhamento do estado nutricional.

De acordo com Leite (2012), conhecer os problemas de saúde e de nutrição de uma população indígena, bem como suas causas, possibilita o direcionamento de políticas públicas e de ações com o intuito de prevenir, diagnosticar e tratar problemas de saúde, ainda que a partir de concepções e sistemas médicos ocidentais, geralmente distintos dos diferentes modos e métodos da medicina tradicional indígena.

“Se pensarmos em medidas para a melhora das condições de nutrição de uma comunidade, então é imprescindível que conheçamos o perfil nutricional antes, durante e após a implementação das intervenções. Estes dados irão permitir o monitoramento das atividades, a avaliação dos resultados obtidos e o aprimoramento e redirecionamento dos programas e ações de saúde, quando necessário” (LEITE, 2012, p.165).

A despeito da carência de informações sobre alimentação e nutrição obtidas pelos serviços de saúde indígena e da grande lacuna de informação existente, em função da não inclusão das populações indígenas nos grandes inquéritos nutricionais de abrangência nacional (LEITE, 2012), duas iniciativas foram colocadas em curso pela Funasa, a partir de 2006, para reverter a escassez de dados: a primeira foi a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN Indígena¹⁸) – que possibilita a coleta de dados pelos serviços de saúde; e a segunda foi a contratação pela Funasa de instituição de pesquisa para realizar o primeiro inquérito de saúde e nutrição dos povos indígenas.

¹⁸ Em 2006, foi assinada a Portaria Funasa nº 984, de 06 de julho de 2006, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN) nos DSEI.

Em 2009, SISVAN Indígena registrou, em todo o país, 408.704 avaliações do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos (contabilizadas apenas as primeiras consultas do mês), o que corresponde a uma cobertura de 60,2%. Importante destacar que esse percentual era de apenas 11% em 2006, ano que fora instituído o sistema (BRASIL, 2010a).

O estado nutricional das crianças indígenas no âmbito nacional, traçado pelos dados de serviço demonstra que, em 2009, 13,2% de crianças menores de cinco anos apresentavam baixo peso para a idade (NCHS, 1977), sendo considerada como população de média gravidade segundo critérios estabelecidos pela OMS. Em 2006 esse percentual era de 11%; em 2007, 12%; e em 2008, 13,7%.

Os resultados do I Inquérito de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas corroboram com os dados da Funasa e apontam para prevalência média de 8,3% de baixo peso para idade (NCHS, 1977), oscilando entre 15,8% (na região Norte) e 5,5% (na região Sudeste). Ademais, evidenciam elevadas prevalências de baixa estatura para idade (20,5%) e 1,0% de baixo peso para estatura, sempre com o Norte apresentando as proporções mais elevadas (ABRASCO, 2009).

Ainda no âmbito da alimentação e nutrição, no processo de implementação do subsistema, uma série de ações e iniciativas foi empreendida, como: (i) a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A¹⁹, em 2007; (ii) a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico para todos os DSEI, em 2008; (iii) a qualificação de recursos humanos, por meio de cursos de especialização em Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, em 2007/2008; (iv) e o estabelecimento de parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para implantação do Programa Nacional de Distribuição de Alimentos às Populações Vulneráveis.

No que se refere à saúde bucal, a disponibilidade dos serviços odontológicos na rede do Sistema Único de Saúde cresceu substancialmente a partir do final da década de 80 com a municipalização da saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A cobertura é um atributo básico na avaliação de um serviço de saúde, pois só se pode avaliar qualquer outro atributo, se houver a oferta e a utilização de um serviço (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

¹⁹ O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi implantado nos DSEI do Nordeste (em 2007), DSEI Mato Grosso do Sul e Xavante-MT (em 2005) e Tocantins (em 2006). Os DSEI Leste Roraima e Yanomami passaram a fazer parte do programa em 2010, devido ao pacto para redução da mortalidade infantil para a Região Norte.

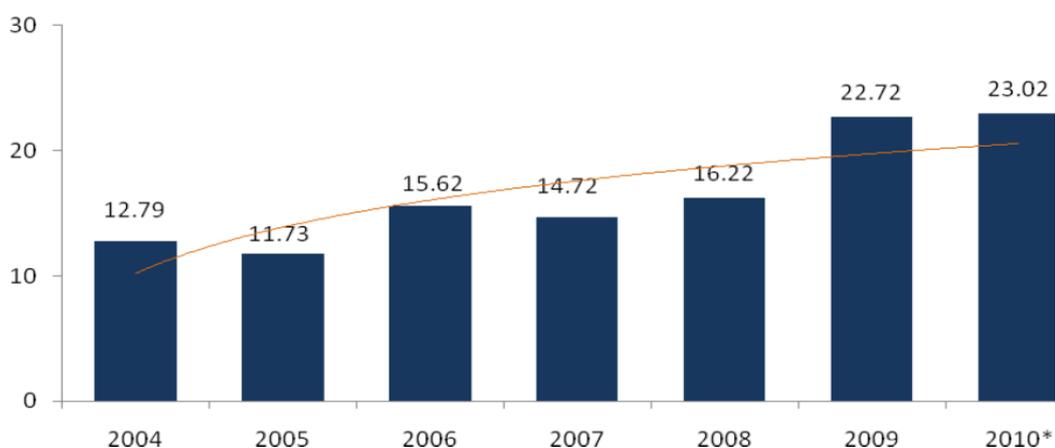
A cobertura por primeira consulta odontológica programática é melhor indicador para retratar o acesso da população aos serviços de saúde, tendo em vista que ela se refere a proporção da população que acessou pelo menos uma vez um serviço de atenção odontológica. Infelizmente na saúde indígena esse indicador foi implantando apenas em 2009, o que impossibilita uma análise histórica.

Em 2009, a cobertura de consulta odontológica programática alcançada foi de 11,95%. Em 2010, dados do SIASI Saúde Bucal indicavam cobertura de 18,33%, isto significa que aproximadamente 108 mil indígenas em todo o Brasil tiveram acesso aos serviços de atenção odontológica naquele ano (BRASIL, 2010a).

O último levantamento, em 2008, feito pelo IBGE em todo o Brasil, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), revelou que, embora 88,3% da população já tivessem procurado serviços dentários, apenas 40,0% o fizeram há menos de um ano da data da entrevista. Esse percentual é mais que o dobro do indicador de cobertura da população indígena (18,33%) em 2010.

Outro indicador importante na saúde bucal indígena é a cobertura de pacientes atendidos que concluíram tratamento odontológico básico e estão livres de cárie dentária e doença periodontal. O gráfico abaixo demonstra que em apenas 23% dos pacientes atendidos o plano de tratamento completo foi finalizado, isto é, deixando o paciente livre de cárie e doença periodontal (Gráfico 05).

Gráfico 05. Percentual (%) de indígenas atendidos que concluíram tratamento odontológico básico, entre os anos 2004 e 2010. Brasil, 2010.



Fonte: Funasa, 2010. Dados Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI, 2009 e 2010) 2010* - Dados parciais, sujeitos à alteração.

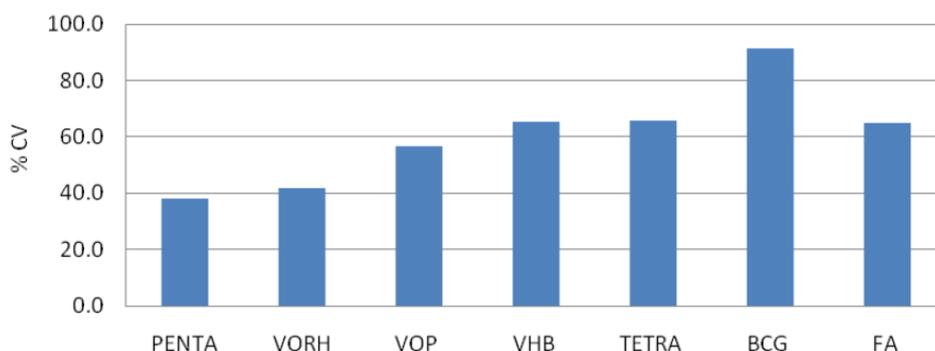
A baixa qualidade da atenção à saúde bucal pode estar relacionada ao número insuficiente de dentistas nas equipes de saúde, fragilidade nos processos de monitoramento das atividades realizadas em área pela equipe técnica do DSEI, deficiência nos processos de qualificação dos profissionais, problemas relacionados à gestão de insumos estratégicos para odontologia e carência de infraestrutura (equipamentos, meios de transporte) para garantir a permanência da equipe nas aldeias e a regularidade das ações de saúde.

A vacinação é o meio mais eficaz para prevenir a ocorrência de inúmeras doenças infecciosas. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) oferece gratuitamente as vacinas incluídas no calendário obrigatório. O programa tem por objetivo o controle e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis.

O Programa de Imunizações para a população indígena possui um calendário diferenciado de vacinação, com maior número de imunobiológicos e faixa etária de aplicação de algumas vacinas mais ampla. Como não se pretende aprofundar a análise da cobertura vacinal por faixa etária ou por imunobiológico, e sim, demonstrar um cenário mais geral sobre a implementação dessa ação de prevenção à saúde, escolheu-se a cobertura das vacinas na faixa etária menor de um ano de vida e o percentual de pessoas com esquema vacinal completo – esse último por ser mais abrangente e mostrar a situação de cada indivíduo no conjunto das vacinas.

Os dados do subsistema revelam baixa cobertura vacinal para quase a totalidade dos imunobiológicos em crianças menores de um ano (Gráfico 06).

Gráfico 06. Cobertura vacinal na população indígena < 1 ano de idade. Brasil, 2010.

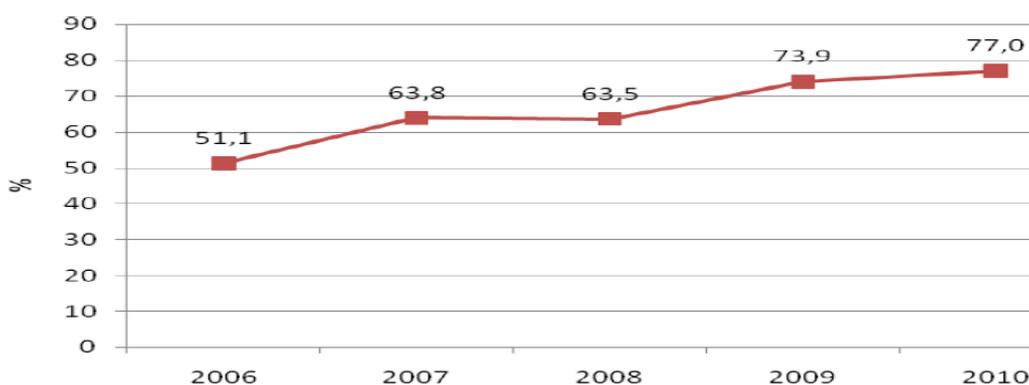


Fonte: Funasa/DESAI/DSEI. Dados preliminares, sujeitos à alteração. 2010. PENTA (Pentavalente), VORH (Vacina Oral contra Rotavirus Humano), VOP (Vacina Oral contra Poliomielite), DTP (Vacina Tríplice Bacteriana), VHB (Vacina contra Hepatite B), FA (Febre Amarela), TETRA (Tetraivalente).

Os principais fatores determinantes da baixa cobertura nessa faixa etária, elencados pela Funasa, são o atraso na programação da ação de vacinação pelos DSEI – em especial os de difícil acesso geográfico, fazendo com que se acumulem vacinas para serem aplicadas nos menores de um ano de idade, e a mãe não permita muitas aplicações simultâneas na mesma criança – e a pouca regularidade de ações de imunização em áreas dentro de um mesmo ano. (BRASIL, 2010).

Considerando a totalidade da população indígena, no ano de 2010, 77% estava com seu calendário vacinal em dia (esquema vacinal completo), o que demonstra um incremento de 50,6% na porcentagem da população indígena com esquema vacinal completo, entre 2006 e 2010. Em 2006, esse índice era de 51,1% (Gráfico 07).

Gráfico 07. Porcentagem da população Indígena com esquema vacinal completo, 2006 a 2010.



Fonte: Funasa/DESAI/DSEI. Dados preliminares, sujeitos à alteração. 2010.

Ainda que o percentual registrado em 2010 esteja distante do ideal, e considerando alguns fatores limitadores que não estão sob a governabilidade dos serviços de saúde – como: migrações, nomadismo, frequentes ausências dos indivíduos nas atividades de imunização em função das atividades laborais indígenas (agricultura, pesca, extrativismo) – é preciso reconhecer que o subsistema conseguiu montar um complexo sistema de imunizações em áreas indígenas.

Um indicativo importante, detectado pelo inquérito indígena, é de que 94% das crianças menores de cinco anos tinham o cartão da criança, ou em posse da mãe, ou no serviço de saúde. Em relação à anotação da aplicação de vacinas, foi observada em mais de 97% das crianças, o que sugere que as equipes de saúde incluíram na sua rotina a anotação das vacinas (ABRASCO, 2009).

Esses resultados parecem estar relacionados aos esforços empreendidos pelas EMSI dos DSEI e às parcerias estratégicas estabelecidas com o Ministério da Defesa para a realização anual da Operação Gota - que é uma estratégia de ação de vacinação em áreas de difícil acesso geográfico –, bem como com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a realização anual do Mês de Vacinação nas Américas – uma iniciativa da OPAS para aumentar o acesso e a cobertura vacinal das populações mais vulneráveis e residentes em áreas de difícil acesso geográfico.

4.2. ACESSO A MEDICAMENTOS

A Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS n. 3.916/1998), ao estabelecer os princípios, pressupostos e prioridades a serem conferidos na sua implementação, bem como as responsabilidades dos gestores em saúde na sua efetivação, elencou as seguintes diretrizes: (i) adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); (ii) regulamentação sanitária de medicamentos; (iii) reorientação da Assistência Farmacêutica; (iii) promoção do uso racional de medicamentos; (iv) promoção da produção de medicamentos; e (v) garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.

A PNASPI, com o objetivo de orientar os gestores dos DSEI quanto a efetivação das ações e das diretrizes da assistência farmacêutica, definiu os seguintes pressupostos: a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica para os DSEI; b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e valorização das práticas farmacológicas tradicionais; c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento; d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos; e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação; e f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamento e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas.

Muito pouco se sabe sobre a implantação da assistência farmacêutica na saúde indígena, bem como sobre o acesso da população indígena aos medicamentos no âmbito do subsistema. Não foram encontrados na literatura trabalhos científicos que tratam dessa temática nesse período de implementação do SASI-SUS.

Esse estudo buscou reunir e analisar as informações oficiais e relatórios disponíveis para retratar os obstáculos, as fragilidades, os avanços e os desafios do processo de implementação da Política de Assistência Farmacêutica no âmbito do subsistema de saúde indígena.

De 1999 a 2004, a Funasa transferiu as aquisições de medicamentos às entidades conveniadas, ou seja, cada organização não governamental que detinha um convênio de saúde indígena com a Funasa para determinado DSEI possuía recursos financeiros, previamente pactuados, para aquisição de insumos estratégicos para a saúde, como, medicamentos, materiais odontológicos e material médico-hospitalar.

Em função dessa iniciativa, não há dados de domínio públicos sobre o montante de recursos financeiros transferidos anualmente para as entidades parceiras, sobre o percentual de aplicação em cada DSEI, bem como sobre o rol de medicamentos adquiridos.

Essa história começou a ser modificada a partir do Acórdão nº 823/2004-Plenário, do Tribunal de Contas da União, que determina que compete à Funasa “a execução das ações de atenção à saúde indígena, englobando a promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, podendo, todavia, os estados, municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais atuar, em caráter complementar”.

O referido Acórdão também lista as atividades que devem permanecer exclusivamente sob a responsabilidade da Funasa: (i) realização de obras e reformas na rede de serviços dos DSEI; (ii) aquisição de bens permanentes; compra de medicamentos, combustíveis e demais insumos em que as aquisições em escala nacional pela Funasa sejam mais vantajosas para os cofres públicos, excetuando-se, os casos de emergência; (iii) transporte de pacientes e das equipes multidisciplinares, incluindo o transporte aéreo em áreas de difícil acesso; e (iv) o gerenciamento dos DSEI, bem como das CASAI.

Como, até então, a implementação da política de assistência farmacêutica “não estava” sob o gerenciamento do nível central, não havia um área técnica especializada no Departamento de Saúde Indígena, em Brasília, responsável pela coordenação, acompanhamento e monitoramento da assistência farmacêutica no subsistema.

A própria Funasa reconheceu que, apenas a partir de 2005, a área técnica de assistência farmacêutica passou a ser efetivamente estruturada com a contratação de profissionais farmacêuticos. Por outro lado, reafirmou que a reestruturação da assistência

farmacêutica possibilitou a melhoria da atenção aos povos indígenas e destacou que em 2009 existiam 60 trabalhadores, entre farmacêuticos e de auxiliares de farmácia, para atuar na gestão de medicamentos. (BRASIL, 2010a).

Por conta da publicação do Acórdão nº 823/2004-Plenário, a aquisição e entrega de insumos farmacêuticos, entre 2005 e 2008, passou a ser centralizada em Brasília. Apenas a partir de 2009, para acelerar o processo de entrega, que a aquisição permaneceu centralizada, enquanto a entrega dos insumos passou a ser descentralizada, ou seja, o fornecedor vencedor do certame licitatório precisa entregar o insumo na sede de cada DSEI.

Se de um lado a centralização da aquisição e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos para a saúde no órgão central em Brasília gerou maior economicidade para a administração pública, uma vez que um processo licitatório de aquisição de inúmeros itens em grandes quantidades possibilita a ampliação da concorrência e a queda do preço unitário, de outro lado criou uma série de embaraços para a gestão da assistência farmacêutica na saúde indígena.

Podem-se destacar inúmeros: (i) plano de demandas de insumos mal elaborados pelos DSEI, (ii) morosidade nos processos licitatórios pelo nível central, (iii) falta de qualificação técnica do nível central para elaboração dos projetos básicos (termos de referência para aquisição, (iv) sucessivas impugnações dos editais de licitação, (v) atraso na entrega pelos fornecedores, (vi) demora na entrega pelo nível central aos DSEI, (vii) envio de insumos em quantidades menores que o necessário para os DSEI, (viii) ausência de uma transição gradativa na centralização das compras.

Além disso, a impossibilidade dos DSEI ou Coordenações Regionais da Funasa realizarem a aquisição de itens, cuja compra central não obteve êxito, ou cuja quantidade enviada pelo nível central ao DSEI foi inferior ao plano de demandas local, cumprindo o que determina a Portaria Funasa n. 047/2007, é considerado um fator dos mais complicadores.

A gestão da assistência farmacêutica foi um problema frequentemente relatado pelos DSEI à equipe de consultoria contratada para avaliar o subsistema quando questionados sobre aspectos relacionados a suprimento de insumos. Os pontos críticos citados são o atraso na entrega e quantidades insuficientes de medicamentos (PELLEGRINI et al, 2009).

As respostas dos usuários indígenas para questões gerais e opcionais, no I Inquérito de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado pela ABRASCO, também indicaram que o

problema da falta de medicamentos nos DSEI era uma questão bastante frequente (ABRASCO, 2009).

No ano de 2009 foram aplicados cerca de R\$ 32 milhões na aquisição de insumos farmacêuticos, sendo 21,3 milhões empregados na aquisição de medicamentos – sendo 189 itens diferentes, dos quais, aproximadamente 70% fazem parte da RENAME - e R\$ 10,6 milhões em materiais médico-hospitalares. (BRASIL, 2010a).

Em 2010 se iniciou um movimento para elaboração de relação de medicamentos essenciais para a saúde indígena, a qual deveria considerar, além das diretrizes e normas vigentes, a possibilidade de inclusão medicamentos de uso consagrado nos atendimentos à população indígena de acordo com a prática clínica local e o perfil de morbimortalidade da população indígena.

Ainda nesse mesmo ano, diante dos inúmeros problemas relacionados às compras e entregas de medicamentos, permitiu-se aos DSEI a possibilidade de aquisição de medicamentos que, por ventura, estejam em falta temporariamente na central de medicamentos do distrito.

4.3. MORTALIDADE INFANTIL

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (OPAS, 2008).

De acordo com Piola e colaboradores (2009), a mortalidade infantil e na infância vem declinando no Brasil graças à associação de inúmeros determinantes de saúde que registraram melhoria – como, condições de saneamento básico, alimentação, escolaridade das mães – com as ações do sistema de saúde.

Na última década, entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil caiu de 27,4 por mil nascidos vivos para 16,0 por mil nascidos vivos, registrando uma redução percentual de 58,39%. Todavia, desigualdades regionais ainda persistem principalmente nas macrorregiões Norte e Nordeste, cujos indicadores são superiores à média registrada no país (Tabela 08).

Tabela 08. Taxa de Mortalidade Infantil (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos. Brasil, 2000 a 2010.

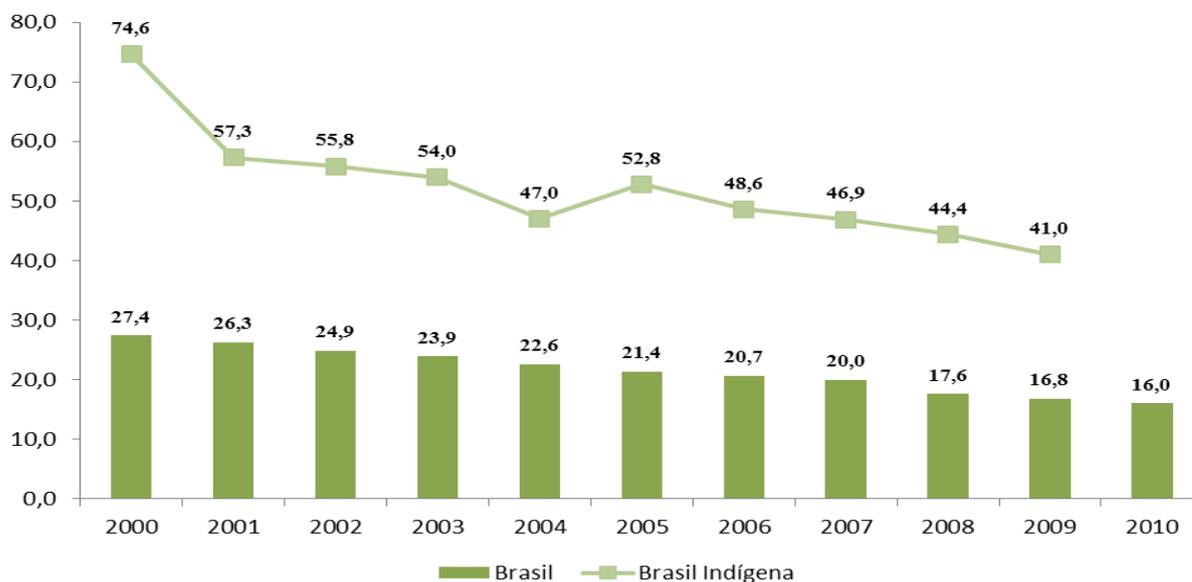
Região e UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	27,4	26,3	24,9	23,9	22,6	21,4	20,7	20,0	17,6	16,8	16,0
Região Norte	28,6	27,7	26,6	25,6	24,5	23,6	22,8	22,1	23,1	22,3	21,0
Região Nordeste	41,6	39,3	36,9	34,8	32,7	31,2	29,8	28,7	21,7	20,3	19,1
Região Sudeste	19,2	18,3	17,3	17,0	16,3	15,4	15,0	14,6	14,2	13,9	13,4
Região Sul	17,0	16,4	16,1	15,8	15,0	13,8	13,3	12,9	12,7	12,0	11,6
Região Centro-Oeste	20,9	20,7	19,3	18,7	18,5	17,7	17,1	16,5	17,0	16,4	15,9

Fonte: Ministério da Saúde. Dados: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Extraído do sítio: Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2011 On Line (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2011/c01b.htm>).

Ainda que existam poucos estudos na literatura sobre a análise da mortalidade infantil a partir de critérios de raça/cor no Brasil, e considerando as limitações dos sistemas nacionais de nascimentos e óbitos quanto à disponibilidade e qualidade das estatísticas vitais, existência de subregistro e variações no preenchimento do quesito raça/cor na Declaração de Nascido Vivo (DNV) e na Declaração de Óbito (DO) (CARDOSO, SANTOS & COIMBRA, 2005), analisando a consistência do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) como fonte de dados para avaliação das desigualdades em raça/cor no Brasil entre 1999 e 2002, evidenciaram que crianças pretas e indígenas apresentam taxas de mortalidade infantil substancialmente superiores aos demais quesitos raça/cor.

Fazendo-se um recorte da população indígena atendida pelo subsistema de saúde indígena, mesmo diante das inúmeras fragilidades no processo de captação e registro dos eventos pela Funasa – tendo em vista que no período de 2000 a 2008 os dados consolidados foram obtidos dos DSEI por meio de planilhas eletrônicas, e apenas em 2009 os dados foram integralmente registrados no SIASI (BRASIL, 2010) -, observa-se que houve redução de 45% na taxa de mortalidade infantil indígena, entre 2000 e 2009, acompanhando a redução para a população geral. No entanto, o índice para a população indígena é quase 2,5 vezes superior ao da população geral (Gráfico 08).

Gráfico 08. Taxa de mortalidade infantil para população geral e população indígena atendida pelo SASI-SUS. Brasil, 2000 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde (2011) e Funasa (2010). Elaboração do autor.

As desigualdades regionais do índice para a população indígena também são evidentes. Em 2009, a maior taxa foi registrada na região Centro-Oeste (48,3), enquanto que a menor foi registrada no Nordeste (27,2) (Tabela 09).

Tabela 09. Taxa de mortalidade infantil da população indígena atendida pelo SASI-SUS, por região. Brasil, 2000 a 2009.

Regiões	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% variação 2000 a 2009
Brasil	74,6	57,3	55,8	54,0	47,4	52,8	48,6	46,9	44,3	41,9	-43,8
Centro-Oeste	95,3	76,7	58,7	59,2	62,1	63,1	46,1	48,8	45,9	48,3	-49,4
Nordeste	76,6	49,4	43,8	43,7	36,2	34,2	45,5	33,3	28,9	27,2	-64,5
Norte	62,3	50,2	64,0	58,7	44,8	57,2	53,0	57,6	48,8	47,3	-24,1
Sul-Sudeste	96,0	57,7	36,9	39,1	44,2	41,1	37,7	19,0	47,0	31,2	-67,5

Fonte: Funasa, 2010.

Diferentemente do ocorre na população geral, onde mais da metade das mortes ocorre no período neonatal precoce - até 06 dias após o nascimento - (PIOLA et al., 2009), dados da Funasa, do ano de 2009, revela que mais da metade das mortes (57,6%) ocorreu no período pós-neonatal - entre 28 e 264 dias -, seguida da mortalidade neonatal precoce (30,8%) – até 06 dias após o nascimento -, e da neonatal tardia (11,%) – entre 7 e 27 dias. Em relação às causas de óbito infantil, do total de causas definidas, as doenças do aparelho respiratório

(33,8%) foram as principais causas de óbitos, seguidas pelas afecções perinatais (20,6%) e pelas doenças infecciosas e parasitárias (16,2%). A proporção de causas mal definidas correspondeu a 18,5% dos óbitos registrados no SIASI (BRASIL, 2010a).

A Funasa destaca que a redução da mortalidade infantil está diretamente relacionada aos “... efeitos positivos da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” e é resultado do “... fortalecimento da atenção básica, na priorização de ações estratégicas como vacinação, controle da tuberculose, vigilância nutricional de crianças menores de cinco anos e gestantes, e saneamento básico em áreas indígenas” (BRASIL, 2010a, p. 96).

Em função da fragilidade e da limitação dos dados públicos disponíveis sobre a série histórica da mortalidade infantil indígena, por causa do óbito, segundo capítulo CID-10, e da mortalidade na infância²⁰, é difícil supor qualquer relação entre a queda na mortalidade infantil e o avanço/expansão da atenção à saúde, e à melhoria das condições sanitárias. No levantamento literário realizado, não foram identificados estudos que avaliem o impacto das ações do subsistema na queda da mortalidade infantil.

De outro lado, no âmbito do SUS, a mortalidade proporcional em menores de 5 anos reduziu, entre 1995 e 2004, em todas as regiões do país, o que parece estar relacionada ao fato de que a assistência médica tem sido assegurada. No mesmo período, a mortalidade por doença diarreica aguda (DDA) reduziu 52%, enquanto que a mortalidade por infecção respiratória aguda (IRA) reduziu 39% (PIOLA et al, 2009, p.139).

4.4. VIGILÂNCIA E CONTROLE DE DOENÇAS

A malária é uma doença parasitária de ampla distribuição geográfica que acomete populações de diversas regiões como: África, América Central e América do Sul, inclusive o Brasil.

Em 2000 o número de casos reportados na região das Américas superou um milhão, em 2011, foi inferior a 490 mil, e o número de mortes passou de 439 para 113 durante o mesmo período. A redução no número de casos registrado no período reduziu em 60% e o

²⁰ Mortalidade na infância representa o número de óbitos de menores de 5 anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).

número de mortes baixou em 70%, segundo dados do Relatório Mundial sobre Malária, publicado em 2012 pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012).

O relatório aponta que os resultados favoráveis são fruto dos grandes esforços realizados pelos países onde a malária é endêmica. Para o Brasil, que faz parte desse grupo, estima-se que até 2015 o país consiga alcançar a meta, dos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), de reduzir em 75% o número de casos de malária (WHO, 2012).

No Brasil, a malária ocorre principalmente na Amazônia Legal - que compreende os estados do Amazonas, Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins, Pará, Mato Grosso e Maranhão – onde está o maior contingente populacional indígena do país. É considerada uma doença importante e grave para os povos indígenas do Brasil, uma vez que representa um das principais causas de internação e óbito para algumas etnias (SAMPAIO et al, 1996).

Sua evolução tem sido bastante irregular no Brasil. No ano de 1995, o número de caso registrado foi de 564.570. Em 2000 foram registrados 615.247 casos, e em 2001 e 2002 foram registradas duas quedas sucessivas, porém, a incidência voltou a crescer, praticamente atingindo, em 2005, o patamar de casos registrados no ano 2000. A partir de 2005, os dados disponíveis apontam para uma tendência de queda na incidência da doença (Tabela 10).

Tabela 10. Número de casos de Malária registrados no Brasil e em populações indígenas, em anos alternados. Brasil, 1995 a 2010.

Regiões	1995	2000	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	564.570	615.247	349.896	586.379	550.874	458.624	306.347	309.312	334.709
Populações indígenas					33.131	34.393	29.766	33.637	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, (Casos confirmados de Malária. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2008*. Dados epidemiológicos de malária, por estado. Brasil, 2009, 2010 e 2011) e Funasa, 2010. Elaboração do autor.

No subsistema de saúde indígena, a Funasa afirma ter implantado, no ano de 2000, o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária em Áreas Indígenas, componente do Plano Nacional das Ações de Controle da Malária, que previu a realização de pesquisas entomológicas em parceria com estados e municípios, capacitação de profissionais de saúde para operação e aprimoramento dos sistemas de fluxo de dados e insumos estratégicos no controle da malária, e aquisição de testes rápidos (BRASIL, 2010a).

Os dados disponíveis, obtidos por meio do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária) do MS, sobre o número de casos de malária em populações indígenas são relacionados ao período de 2006 a 2009. O ano de maior incidência foi o de 2007 – com 34.393 casos -, e o de menor incidência foi o de 2008 – com 29.766 casos. O risco de essa população contrair malária é classificado como alto, considerando que o Índice Parasitário Anual²¹ (IPA), em 2009, foi de 107/1.000 habitantes, enquanto que o risco da população geral é classificado como médio, com IPA, em 2009, de 12,5/1000 habitantes (BRASIL, 2010a).

A letalidade²² está em queda no Brasil desde a década de 90, como consequência, entre inúmeros fatores, do aumento do acesso dos doentes ao tratamento oportuno nos serviços de saúde, melhoria na rede de diagnóstico e tratamento e redução dos indicadores de gravidade da doença (Tabela 11) (PIOLA et al, 2009).

Tabela 11. Número de óbitos e letalidade por malária registrados no Brasil e em populações indígenas, em anos alternados. Brasil, 1995 a 2010.

Regiões		1995	2000	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	Óbitos (n)	224	243	142	122	105	93	67	85	76
	Letalidade	0,04%	0,04%	0,04%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,03%	0,02%
Populações indígenas	Óbitos (n)					3	7	5	8	
	Letalidade					0,01%	0,02%	0,02%	0,02%	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Elaboração: autor.

Em 2009, havia indícios de que a pandemia de Influenza A (H1N1) colocaria em xeque a capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde frente à transmissão sustentada do vírus no Brasil e em grande parte do mundo.

As populações indígenas ao redor do mundo têm sido descritas como populações vulneráveis, principalmente devido às condições socioeconômicas. No Brasil, especialmente na região Norte do país, onde existe limitada experiência imunológica em patologias emergentes, associada às dificuldades para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, o risco de um avanço rápido da pandemia entre esses povos, associado à possibilidade de grande letalidade, não estava descartado pelos serviços de saúde do subsistema.

Entre os povos indígenas foram confirmados 487 casos de Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 em populações indígenas, no ano de 2009, e 03 casos em 2010 totalizando 490

²¹ O Índice Parasitário Anual (IPA) é o número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos B50 a B53 da CID-10) (Ripsa, 2008).

²² Letalidade representa o percentual de óbitos em relação ao total de casos diagnosticados.

casos. Entre os 487 casos confirmados de Influenza Pandêmica em populações indígenas em 2009, 13 casos (2,66%) evoluíram para óbito. Em 2010, não foram registrados óbitos por Influenza Pandêmica. A taxa de mortalidade por influenza pandêmica entre as populações indígenas foi de 2,3/100.000 habitantes (BRASIL, 2010d).

No Brasil, para a população geral, foram confirmados 27.850 casos de influenza pandêmica (H1N1) em 2009. Deste, 1.632 (5,8%) evoluíram para óbito. A taxa de mortalidade por influenza pandêmica no Brasil foi de 0,85/100.000 habitantes, com maiores taxas observadas nos Estados das regiões sul (2,32/100.000 hab.) e sudeste (1,02/100.000 hab.) (BRASIL, 2009).

Uma das principais estratégias adotadas pela Funasa, além o reforço na rede de assistência, para o enfrentamento da pandemia de Influenza (H1N1) 2009, foi a vacinação para grupos prioritários. Foram vacinados cerca 495 mil indígenas aldeados ($n=495.804$)²³, de acordo com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Esse número corresponde a uma cobertura vacinal de 89,4%, superando a meta de 80% preconizada pelo MS (BRASIL, 2010a).

A tuberculose é outra patologia importante e de relevância sanitária entre os povos indígenas do Brasil, tendo em vista as altas taxas de prevalência. No entanto, a carência de informações da Funasa disponíveis sobre a tuberculose nas populações indígenas dificulta, de certo modo, a construção de uma análise mais aprofundada nesse estudo.

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo 5,4 milhões de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. A Índia e a China representam 40% dos casos notificados, e o Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2012b).

De acordo com dados do MS, entre 2001 e 2011, a incidência de tuberculose na população brasileira passou de 42,8 casos a cada grupo de 100 mil habitantes para 36,0, o que significa uma redução de 15,9 pontos percentuais na última década (BRASIL, 2012b). A taxa de cura, entre 2006 e 2010, tem se mantido entre 73% e 74%. Já a taxa de abandono, no mesmo período, tem oscilado entre 9 e 10% (Tabela 12).

²³ Dados atualizados até julho de 2010.

Tabela 12 . Incidência (por 100 mil), percentual de cura e abandono, de todas as formas de Tuberculose no Brasil, populações indígenas e DSEI. Brasil, 2006 a 2010.

Região	2006			2007			2008			2009			2010		
	Incid	(%) Cura	(%) Ab	Incid	(%) Cura	(%) Ab	Incid	(%) Cura	(%) Ab	Incid	(%) Cura	(%) Ab	Incid	(%) Cura	(%) Ab
Brasil¹	38,7	74,6	9,2	37,9	74,6	10,3	38,8	74,5	10,4	38,2	74,2	11,2	37,6	73,2	10,6
Pop. Indígenas²		82,0	4,1		83,0	4,1		82,0	4,4	80,9					

Fonte: ¹ Ministério da Saúde/SVS. Sinan e IBGE (consulta realizada em 16/2/2012).

² Funasa, 2010.

Elaboração do autor.

Sem demonstrar os números quanto à incidência da doença, a Funasa destaca que entre 2003 e 2009 ocorreu redução de 45,2% na taxa de incidência de tuberculose entre indígenas, apesar de o indicador ainda se apresentar superior à população geral, no período de 2006 a 2009 (BRASIL, 2010a). Em 2009, a incidência da doença entre indígenas atendidos pelo subsistema foi de 80,9 casos a cada grupo de 100 mil indígenas, o que corresponde a uma taxa maior que duas vezes à taxa nacional (BRASIL, 2010a).

Considerando a totalidade da população indígena - indígenas que vivem em áreas rurais e em áreas urbanas; o que representa 0,4% da população brasileira – verifica-se que esse grupo é responsável por cerca de 1,0% de todos os casos novos de tuberculose notificados no país. A taxa de incidência, em 2010, foi de 95,5 casos por cada grupo de 100 mil habitantes, quase três vezes o valor da média nacional. As regiões Centro-Oeste (157,1) e Sudeste (153,1) apresentaram os maiores valores do indicador. É importante salientar que a alta taxa de incidência no Sudeste deve-se, em grande parte, aos indígenas que residem em áreas urbanas, sobretudo nas capitais e regiões metropolitanas (BRASIL, 2012b).

Estudo realizado por Basta et al. (2012) nos 12 distritos²⁴ indicados pela Funasa como prioritários para implementação de ações de controle da tuberculose em áreas indígena demonstrou que a incidência média atingiu a cifra de 144,1 e 140,2 por 100 mil habitantes nos anos de 2006 e 2007, respectivamente. Desse conjunto de distritos, sete deles foram considerados de alto risco por apresentarem taxas de incidência superiores a 100 casos/100 mil indígenas.

Em relação à cura, os dados coletados no âmbito desse levantamento realizado em 12 DSEI - que indicam que, em média, 51,7 e 55,9% dos casos obtiveram cura (Basta, et al.,

²⁴ Os distritos escolhidos pela Funasa como prioritários para implementação de ações de controle da tuberculose foram: Alto Rio Juruá (AC), Alto Rio Purus (AC), Alto Rio Solimões (AM), Alto Rio Negro (AM), Cuiabá (MT), Maranhão (MA), Médio Rio Solimões (AM), Porto Velho (RO), Rio Tapajós (PA), Vale do Javari (AM), Vilhena (RO) e Yanoamami (RR).

2012:74) – são bastante diferentes dos percentuais nacionais de 82%, 83% e 82% de cura apresentados pela Funasa, respectivamente, no período de 2006 a 2008 (BRASIL, 2010a).

Já em relação ao abandono, a mesma pesquisa registrou que 12,6% e 3,5% abandonaram o tratamento, respectivamente, em 2006 e 2007 (BASTA, et al., 2012:74), enquanto no cenário nacional indígena, entre 2006 e 2008, em média, cerca de 4% abandonaram o tratamento (BRASIL, 2010a).

Outro achado importante foi que em 27,3% e 42% dos registros, respectivamente em 2006 e 2007, não se tinha informação sobre o desfecho do tratamento (BASTA et al, 2012), o que de certa forma evidencia a fragilidade das notificações pelos serviços de saúde indígena.

Os dados acima descritos revelam uma situação complexa, que por sua vez exige do poder público maior capacidade de planejamento e execução sobre a realidade que deseja interferir. Neste sentido, se evidencia a importância do uso de informações para potencializar os efeitos em todo o ciclo da vigilância e do controle da tuberculose em populações indígenas.

Entre os desafios que englobam o tema está pensar estratégias apropriadas para apoiar os DSEI, bem como toda a rede regional de saúde, especialmente em regiões prioritárias para o controle da tuberculose, na perspectiva de ampliar os investimentos na qualificação dos serviços de saúde, na capacitação dos recursos humanos para as atividades de vigilância, avaliação e controle.

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

A constituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como componente do SUS, propiciou mudanças importantes nos princípios estruturais da política de saúde indígena no Brasil, substituindo um modelo que era fragmentado entre ações campanhistas e emergenciais, vulnerável em sua base de financiamento e sem infraestrutura e corpo técnico qualificado para coordenar e executar as ações de saúde.

Nos anos 80 e 90, essa política baseava-se principalmente em ações assistenciais centradas na oferta esporádica e não sistemática de serviços básicos de saúde. O acesso da população indígena aos serviços preventivos era bastante limitado. As dificuldades de gestão e controle dos recursos financeiros, carência de condições estruturais, além da progressiva redução de investimentos estatais e a pouca participação indígena na formulação e acompanhamento da política pública se constituíram nos principais problemas da saúde indígena.

Com a Lei Arouca, o Estado brasileiro buscou inaugurar uma nova forma de atuação no campo da saúde indígena. Os dispositivos legais relacionados à saúde indígena foram fruto das recomendações das Conferências de Saúde Indígena e, de certo modo, construídos em um processo de amplo debate junto aos povos indígenas, seus representantes, organizações indígenas, profissionais de saúde, sanitaristas e indigenistas com o objetivo de instituir um (sub) sistema de saúde diferenciado e específico para os índios, não deixando de ser integrante do SUS.

Esse formato, sob o qual o subsistema foi idealmente pensado e instituído por lei, foi, em grande medida, resultado de dispositivos da CF/88 que reconheceu os direitos sociais e os direitos indígenas no Brasil – especialmente sobre as terras que ocupam e o reconhecimento de seus costumes, línguas, crenças e tradições – e enunciou a saúde com um direito universal a ser assegurado pelo Estado, abrindo-se um novo horizonte para as relações entre o Estado e as populações indígenas.

Em substituição ao sistema vigente até a publicação da Lei Arouca, mesmo enfrentando dificuldades nos campos da gestão, financiamento, modelo de atenção, além de interferências e resistências de ordem política, implantou-se um sistema de saúde indígena

que adentrou os territórios indígenas do país com o propósito de oferecer ações e serviços de atenção primária nas aldeias, por meio das unidades descentralizadas – os distritos sanitários – e manter a integração com o SUS, nos municípios de abrangência de cada DSEI, para garantir a integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade.

Para que os distritos sanitários pudessem implantar uma rede de cuidados em locais onde anteriormente não existiam e ofertar ações de saúde às populações indígenas em seus territórios, num contexto econômico e conjuntural desfavorável de redução da ação estatal – influenciado pelos ideais neoliberais –, a saída encontrada pelo poder público foi a celebração de convênios para contratação de pessoas, aquisição de insumos, equipamentos, suprimentos logísticos e construção de unidades de saúde, uma vez que a Funasa, também, não dispunha de estrutura e quadro de pessoal suficientes.

Ao longo dos primeiros anos de implementação do subsistema, apesar da vitória do Partido dos Trabalhadores (PT) em 2003 ter gerado uma série de expectativas positivas em relação às políticas sociais no Brasil, pode-se afirmar que a estrutura e a gestão da política de saúde indígena não se modificaram efetivamente com ansiavam os povos indígenas.

Ao contrário, a partir de 2004, ocorreu um intenso movimento de centralização da execução da política de saúde indígena no Desai e nas Coordenações Regionais, o que implicou em modificações e restrições na atuação dos convênios vigentes, com rompimento de convênios com organizações indígenas e redução no número dessas parcerias.

Em relação ao financiamento do setor, apesar do importante incremento de recursos destinados à saúde indígena ao longo do processo de implementação do subsistema, alguns problemas como, a duplicidade de fontes de recursos, a fragmentação dos mecanismos de alocação, ausência de regras e critérios equitativos, além da falta de transparência nos processos de monitoramento, avaliação e controle da aplicação dos recursos, se tornaram evidentes e não foram devidamente enfrentados pelo órgão responsável pela política de saúde.

De 1999 a 2010, aplicou-se diretamente no subsistema cerca de R\$ 2,5 bilhões, com o objetivo de implementar uma rede de serviços de atenção básica em saúde nas terras indígenas, para uma população de aproximadamente 600 mil indígenas. Somado a esses recursos, o MS, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), alocou para os municípios e unidades hospitalares com populações indígenas incentivos da ordem de R\$ 1 bilhão.

Quanto ao exercício do controle social no interior do subsistema de saúde indígena, embora enfrentando dificuldades em relação às condições estruturais, técnicas, financeiras e políticas para o funcionamento efetivo dos conselhos de saúde, a constituição dos conselhos de saúde indígena resultou em importantes contribuições para o processo de democratização da sociedade brasileira e da saúde pública, estabelecendo-se um novo espaço de diálogo entre o Estado e os povos minoritários, superando ideal de tutela.

Na estrutura institucional do subsistema de saúde indígena, a participação social no controle da política de saúde por meios dos conselhos de saúde é uma oportunidade potente de participação da sociedade sobre os governos. Entretanto, para que os conselhos de saúde indígena exerçam influência na formulação, controle e avaliação da política de saúde é imprescindível que o Estado ofereça garantia de condições de funcionamento e participe dessa instância de forma mais democrática.

Em relação ao modelo de atenção à saúde indígena, pode-se afirmar que o conjunto de políticas, diretrizes, programas e projetos que foram introduzidos ao longo dos anos de implementação do subsistema certamente contribuíram para a ampliação do acesso da população indígena aos serviços terapêuticos, de promoção e prevenção à saúde, antes inacessíveis.

No entanto, nesse período de mais de 10 anos de implementação do subsistema, não se conseguiu implantar um modelo assistencial voltado para a realidade local e para as especificidades culturais dos povos indígenas, tampouco pautado por uma abordagem diferenciada e global de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Em termos sucintos, podem-se destacar alguns avanços na extensão dos serviços de atenção básica, expressos em indicadores de saúde: (i) cobertura de 77,0% da população indígena com esquema vacinal completo²⁵ em 2010, (ii) redução de 45,2% na incidência de Tuberculose (TB) entre 2003 e 2009; (iii) média percentual de cura por TB no período de 2006 a 2008 de 82%; (iv) cobertura de acompanhamento do estado nutricional de 60,2% para crianças menores de cinco anos em 2009; (v) percentual de indígenas atendidos que concluíram o tratamento odontológico básico e estão livres de cárie e doença periodontal evoluindo de 12,7%, em 2004, para 23,0%, em 2009 (incremento de 79%); (vi) média de consultas pré-natais de 4,7 consultas por mulher registrada pelo inquérito de saúde e nutrição

²⁵ Esquema vacinal completo é um indicador utilizado na saúde indígena significa a situação vacinal de cada indivíduo com todas as vacinas do calendário de vacinação dos povos indígenas correspondente à sua idade.

em 2009; e (vii) taxa de mortalidade infantil (TMI) indígena passando de 74,6 por mil nascidos vivos, em 2000, para 41,0 por mil nascidos vivos em 2009 (redução de 43,8%) (BRASIL, 2010a).

Entretanto, o modelo de atenção à saúde implementado, até então, não tem conseguido lograr êxito na resolução dos principais problemas de saúde da população indígena. A mortalidade infantil ainda é o dobro da média nacional, e a maior parte desses óbitos tem ocorrido no período pós-neonatal (morte entre 28 e 264 dias), e por causas, possivelmente, evitáveis. Doenças transmissíveis como Tuberculose e Malária apresentam-se com índices elevados e afetam fortemente as populações indígenas, especialmente, as que vivem na região Amazônica.

Isto porque modelo assistencial adotado pelos DSEI é centrado na terapêutica individual (que atua sobre os efeitos dos problemas de saúde) e na remoção de pacientes graves para a rede municipal de saúde. Além disso, há dificuldade em manter regularidade das ações de saúde nas aldeias - dificultando a continuidade do cuidado -, há fragilidade nas articulações entre os DSEI e as redes municipais de saúde para garantir a integralidade, e os profissionais de saúde, em geral, não são devidamente preparados e qualificados para atuação em contexto intercultural.

Ainda que enfrentando sérios problemas no campo da gestão de pessoas – principalmente por conta da terceirização das contratações de profissionais de saúde às ONG e aos municípios – o subsistema constituiu um corpo de profissionais de saúde composto por cerca de 12 mil trabalhadores (enfermeiros, médicos, odontólogos, nutricionistas, agentes de saúde e saneamento, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário, microscopistas, entre outros) atuando nos 34 DSEI.

A rede de saúde do subsistema implantada nos 34 DSEI conta com 358 Polos-Base – distribuídos na abrangência de 448 municípios –, 751 Postos de Saúde e 67 Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), estruturada para atender 600.518 indígenas cadastrados, moradores de 4.774 aldeias (BRASIL, 2010a) (BRASIL, 2010b). Infelizmente, essa implementação não se deu de forma consistente em todos os distritos, o que mantém desigualdades regionais importantes do ponto de vista estrutural (física e de equipamentos de saúde).

É preciso reconhecer que os esforços empreendidos não foram suficientes para vencer as dificuldades de oferecer serviços regulares, sistemáticos, diferenciados e integrais ao

universo complexo e dinâmico dos povos indígenas. Ademais, as barreiras e obstáculos da administração pública não foram ultrapassados, em muitas ocasiões, sequer enfrentados pelos gestores da saúde indígena no país. Inúmeras fragilidades se tornaram evidentes e alguns resultados se mostraram incipientes para o conjunto dos DSEI.

Ainda há sérios problemas para se efetivar a descentralização e autonomia dos DSEI, incluindo discussões sobre os papéis do nível central, dos distritos e dos sistemas municipais de saúde (prefeituras e secretarias municipais). Há, também, necessidade de se rediscutir e aprimorar o modelo de atenção integral à saúde, fortalecer os mecanismos de gestão de pessoas e de controle social, além de reorganizar o modelo de financiamento do setor.

Essas configurações exigem que o poder público federal atue de maneira mais substantiva na operacionalização do subsistema, para garantir ao usuário indígena serviços de atenção primária em saúde mais estruturados, coordenados e qualificados; e se articule com os estados e municípios para que os mesmos se responsabilizem pela continuidade do cuidado à saúde na rede SUS local/regional.

A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena representa um avanço no campo da garantia do direito à saúde para os povos indígenas. As frequentes insatisfações da atuação da Funasa na condução da política de saúde indígena acabaram por gerar um movimento reivindicatório que culminou com a publicação do Decreto nº. 7.336/2010 criando, na estrutura do Ministério da Saúde, a SESAI e transferindo as ações de saúde indígena da Funasa para essa Secretaria.

Desse modo, o Estado brasileiro deveria sinalizar para a população indígena qual é, ou quais são as estratégias prioritárias para o fortalecimento do subsistema, e como decorrência, escolher como ponto central o objetivo de fortalecimento da capacidade de oferta e melhoria da qualidade das ações e serviços.

O ideal seria que o governo federal se comprometesse mais claramente com os quatro objetivos de longo prazo: (i) um crescimento gradual do gasto público do subsistema; (ii) prover as condições necessárias para a possibilitar autonomia administrativa e técnica dos DSEI; (iii) melhorar a qualidade dos serviços de saúde nos territórios indígenas, bem como ofertar serviços regulares e contínuos; e (iv) buscar estratégias mais eficientes para solucionar a questão da contratação dos trabalhadores da saúde indígena, de tal modo a refletir sobre a possibilidade do modelo de Contratação Temporária da União (CTU) para os profissionais da

assistência à saúde de área indígena e realização de concurso público para provimento de servidores efetivos para compor o quadro de gestão da atenção nos DSEI, eliminando-se, assim, a terceirização por meio de convênios e garantindo-se maior estabilidade e vínculo das equipes de saúde com a comunidade.

O fortalecimento do subsistema, dessa forma, deve estar orientada por diretrizes, estratégias e ações de curto e médio prazos. Isso implica:

1- Dar maior ênfase em ações que objetivam expandir a cobertura e qualificar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, o que, à longo prazo, pode contribuir com a redução da mortalidade infantil;

2- Disponibilizar os meios logísticos adequados (barcos, carros, aviões, suprimentos em geral) para garantir regularidade das ações de atenção primária à saúde nas aldeias e, com isso, permitir extensão da oferta dos serviços e acesso mais oportuno da população;

3- Revisar os incentivos financeiros que são transferidos para os sistemas municipais de saúde e para os hospitais de referência para a população indígena na perspectiva de reformulação desse modelo. É imprescindível que sejam assegurados os recursos mínimos necessários para garantir a continuidade do cuidado nas redes de atenção à saúde municipais. Outro ponto relevante é garantir que os critérios e as regras para aplicação dos incentivos fiquem claras para os gestores de saúde e para as populações indígenas;

4- Estimular e reforçar as ações de promoção e prevenção da saúde tanto em relação a doenças transmissíveis quanto a doenças crônicas passíveis de intervenção precoce e controle de evolução;

5- Garantir condições estruturais, materiais, financeiras e técnicas para o funcionamento dos conselhos de saúde no interior do subsistema de saúde indígena, de modo a possibilitar o pleno exercício de suas atribuições de deliberação e controle da política de saúde.

Ressalta-se que a constituição do subsistema, no interior do SUS, representou um importante avanço nas relações entre o Estado e as populações indígenas, marcadas, historicamente, por práticas tutelares. A reafirmação do direito à saúde a uma população minoritária e vulnerável e o reconhecimento da necessidade da implantação de um subsistema de saúde específico para cuidar da saúde dos povos indígenas, pela Lei Arouca,

representaram, assim, um alargamento dos direitos sociais no campo da política pública de saúde e um forte movimento de inclusão social.

No entanto, é importante reconhecer que esse processo, ainda inconclusivo, continua sendo alicerce para a construção de alternativas e estratégias no intuito de reverter e superar as deficiências e problemas acumulados, tal como para preencher as lacunas em aberto, de modo a prover acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde pela população indígena.

Por fim, a despeito dos limites dessa análise, as evidências sugerem a necessidade da realização de estudos sobre alguns temas específicos – como: acesso a medicamentos no subsistema de saúde indígena, financiamento e gasto público e relações interfederativas na saúde indígena – na perspectiva de melhoria da política de saúde.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, R. V., SÁ E BENEVIDES, R. P. Financiamento da saúde pública no Brasil: a situação atual e o impacto da vinculação constitucional de recursos (EC 29/2000). In.: Revista de Gestão Governamental e Políticas Públicas, editor: GOMES, S. A. L. Goiânia, 2004, p.59-85.

ABRUCCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. Revista de Administração Pública, (RAP). Rio de Janeiro: FGV, Edição Especial Comemorativa 1967-2007, 2007.

ARRETCHE, Marta. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. BIB, n. 39, p. 3-40, 1995.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2); 425-431, mar-abr, 2001.

AZEVEDO, M. Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro. Revista Brasileira de Estudos de População. 11:235-244,1994.

AZEVEDO, M. Situação demográfica dos povos indígenas no Brasil. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, pg. 32-38, 2009.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

BIASOTO, G.; TEIXEIRA, L. Análise do Financiamento. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, pg. 151-169, 2009.

BRASIL. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1986.

BRASIL. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1993.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao> Acesso em 12 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 1163/GM, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Controle Social. Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. Disponível em www.saude.gov.br/sesai .

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n. 644/2006. Institui o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n° 69

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n° 70

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n° 126/FUNASA, de 04 de fevereiro de 2008. Regulamenta o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e Distrito Sanitário Especial Indígena, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n. 2.656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n° 293/FUNASA de 7 de abril de 2008. Estabelece critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.

BRASIL. Lei 4.320/64. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos “e balanços da União, dos Estados”¹, dos Municípios e do Distrito Federal, 14 de março de 1964.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n° 011, de 31 de outubro de 1991

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n° 380, de 14 de junho de 2007.

BRASIL. Portaria Funasa n° 984, de 06 de julho de 2006, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN) nos DSEI.

BRASIL. Acórdão n° 823/2005, Tribunal de Contas da União. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/juris/Web/Juris/ConsultarTextual2/Jurisprudencia.faces?colegiado=PLENARIO&numeroAcordao=823&textoPesquisa=Funasa>. Acesso em 12/02/2013.

BRASIL. Portaria N° 2.488, De 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Portaria Funasa n. 047/2007.

BRASIL. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

BRASIL. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório Final. Análise de Dados n. 07. Rio de Janeiro, 01 de dezembro de 2009.

BRASIL. Lei nº 5.371/67. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências. Disponível em < www.jusbrasil.com.br/legislacao/128570/lei-5371-67> Acesso em 13/09/2011.

BRASIL. Decreto nº 564, de 8 de junho de 1992. Aprova o Estatuto da FUNAI e dá outras providências. Disponível em < www.jusbrasil.com.br/legislacao/110164/decreto-564-92> Acesso em 13/09/2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Decreto nº 3.156. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília-DF, 27 de setembro de 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.163. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 14 de setembro de 1999b.

BRASIL. Lei nº 9.836. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília-DF, 23 de setembro de 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS-GM Nº 1.163. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 15 Set 1999d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002).

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 08 de setembro de 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, Ano 1, nº 11, Dezembro, 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_influenza_se_47.pdf. Acesso em 24/02/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília: FUNASA, 2010a. 96p. : II.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Desai: 1999-2009 – 10 anos de compromisso com a saúde indígena. Brasília-DF, 2010b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008. Rio de Janeiro, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Indígena - Informe Técnico sobre Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, Brasília, v.2, n.05, mar. 2010d.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características Gerais dos Indígenas. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. PROJETO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE DOENÇAS (VIGISUS III) PLANO DOS POVOS INDIGENAS (IPP) Política Operacional do Banco Mundial 4.10. Brasília-DF, 2010f.

BRASIL. Ministério da Saúde. IDB: Indicadores e Dados Básicos. 2011. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm> . Acesso em 17/02/2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Rio de Janeiro, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 43 – Especial Tuberculose – março – 2012b. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf. Acesso em 24/02/2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. Índios do Brasil. Disponível em www.funai.gov.br. Acesso em 17/02/2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Casos confirmados de Malária. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2008*. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1526 . Acesso em 24/02/2013.

BUSS, Paulo. "Saúde e desigualdade: o caso do Brasil" in BUSS, Paulo Marchiori e LABRA, María Eliana (org.). Sistemas de saúde: continuidade e mudanças, Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/Editora FIOCRUZ, 1995.

BUSS, P. M. ; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1602-1608, set-out, 2005.

COIMBRA Jr. C.E.A., SANTOS, R.V. Minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5:125-32.

CONFALONIERI, U. E. C. - 1993, A Assistência Médico-Sanitária . In Canfalonieri, U. E. C. (Org.), *Saúde de Populações Indígenas. Uma Introdução para os Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 35-43

CONFALONIERI, U. E.C. 1989. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cad. Saúde Pública* vol.5 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1989.

COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, R.J. 4(3) : 338-401. Out/dez 1987.

COSTA, N. R. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1995

DRAIBE, S. Políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: ABREU, J. B. Para a década de 90: prioridades e perspectivas das políticas públicas. Brasília. Ipea, 1990.

GARNELO, L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho n. 09. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública. Porto Velho-RO, 2004.

_____. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, M. L.; MACEDO, G; BRANDÃO, L. C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Ed. OPAS/Ministério da Saúde. Brasília, 2003. ISBN 85- 87943-28- 6.

GARNELO, M. L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2005.

IGLESIAS, C.P., DRUMMOND, M.F., ROVIRA J., et al. Health-care decision-making processes in Latin America: problems and prospects for the use of economic evaluation. *International Journal of Technology Assessment Health Care* 2005;21(1):1-14.

KRUGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas-IPEA*, n. 22, p. 119-144, 2000.

LANGDON, E. J. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século. Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciências Sociais e Medicina, 7-11 de Junio de 1999, Isla de Margarita, Venezuela, 1999.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2): 269-291, 2001.

LIMA JUNIOR, O. B. 1998. As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos. Revista do Serviço Público, Ano 49, n. 2, Abr/Jun 1998.

MAGALHÃES, E. D. O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, 2001.

MARTINS, P. C., COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; FRANCESCHINNI, S. S. C, S; PRIORE, S. E.; DIAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [1]: 105-121, 2008.

MÉDICI AC 2002. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde, pp. 23-68. In S Piola & S Vianna (orgs.). Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde.(3ª ed.) Ipea, Brasília.

NORONHA, J. & SOARES, L. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva 6(2): 445-450, 2001.

NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal, pg 152-179. In: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Rio de Janeiro, 2010.

NOVAES, H.M. 1990. Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – Silos, Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina. Programa de estudos Avançados em Administração Hospitalar e da Saúde, PROAHSa e Organização Pan Americana de Saúde, OPAS. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT. Disponível em www.oitbrasil.org.br. Acesso em 05/02/2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

OLIVEIRA, J. P., 1995. Muitas terras, pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e a atualização do preconceito, In: A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. Brasília: MEC/Mari/Unesco, p. 61-81.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la Salud en el Mundo. Genebra: OMS, 2000.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Demografia dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005.

PAIM JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2): 557-567, 2003.

PAIM, J. Reorganização das Práticas de saúde em DS In MENDES, E. V Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das praticas sanitárias no SUS.; HUCITEC-Abrasco, 4 edição 1999.

PELLEGRINE, M.; MENEGOLLA, I.; BITTENCOURT, M. F.; DIEHL, E.; TOLEDO, E. Análise da Atenção. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, pg. 88-198, 2009.

PELLEGRINI, M., MENEGOLLA, I., BITTENCOURT, M. F., DIEHL, E., TOLEDO, E. Análise da Atenção. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, pg. 87-111, 2009.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Reforma do Estado para a cidadania. A reforma gerencial Brasileira na perspectiva internacional. Cap 8; 163:182. Editora 34. São Paulo, 1998.

PIOLA, S. F; BARROS, E. D.; NOGUEIRA, R. P.; SERVO, L. M.; DE SÁ, E. B; PAIXA, A. B. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise – Vinte anos da Constituição Federal. 17ª edição, p. 97-172. Brasília, Ipea, 2009.

RAGGIO, A.; PINTO, N.; MORAIS, P. Análise da Gestão. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, pg. 112-169, 2009.

RAUEN, Fábio José. Elementos de iniciação à pesquisa. Rio Grande do Sul: nova Era, 1999.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Trabalho apresentado na II Jornada de Economia da Saúde, Belo Horizonte, 2005 (mimeo).

SAMPAIO, M. R., TURCOTTE S., MARTINS, V.F., CARDOSO, E.M., BURATTINI, M. N. Malaria in the Indian reservation of “Vale do Javari”, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 1996;38(1):59-60. DOI: 10.1590/S0036- 46651996000100011

SANTOS R. V., COIMBRA Jr. C.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Santos RV, Coimbra Jr. CEA, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 2003. p. 13-48.

SILVA, F. B; JACCOUD, L.; BEGHIN, N. Políticas Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: “Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo”. Brasília: Ipea, 2005. Capítulo 8.

STEPHENS, C. et al. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide. *The Lancet*. 2006, jun; 367:2019-28.

TINOCO, A. Reforma Sanitária. 2001. Disponível na Internet via <http://www.aldotinoco.org.br/adm/saude.htm> . 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup: 2:S190-S198, 2004.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs (DESA). The Concept of Indigenous Peoples. Documento elaborado pela Secretaria do Fórum Permanente da ONU sobre questões indígenas. Workshop sobre coleta de dados e desagregação por povos indígenas; Nova York, 2004 jan 19-21 [acesso em 05/02/2013]. UN Doc. No. PFII/2004/WS.1/3. Disponível em: www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/workshop_data_background.

VIEIRA-DA-SILVA, ML. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva ML, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 15-39.