

UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
RONDÔNIA

CENTRO
INTERDISCIPLINAR DE
ESTUDO E PESQUISA
DO IMAGINÁRIO
SOCIAL



REVISTA LABIRINTO
ISSN 1519-6674
ANO XX
VOLUME 33
(JUL-DEZ)
2020
P. 387-402.

SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Elza Galvão Bergê Cutrim Duailibeⁱ
Professora do Departamento de Turismo e Hotelaria da
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

RESUMO

No processo e gestão das políticas públicas a constituição do problema e da agenda governamental é o movimento constituído por uma lista de questões que chamam a atenção da sociedade e do governo. O presente artigo traz uma breve contextualização histórica sobre a Saúde Indígena na agenda de saúde pública no Brasil. Para tanto, apresenta a trajetória das políticas voltadas para povos indígenas, expõe o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), por fim, indicando alguns desafios que se apresentam nesse contexto. A análise se caracteriza como um estudo qualitativo de abordagem descritiva, pautada em material bibliográfico e documental. Concluiu-se que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas abrangem muitas questões pertinentes à saúde indígena, mas constituem-se em um desafio diante do contexto da saúde no Brasil, com o sucateamento do SUS, precarização do trabalho em saúde e as poucas possibilidades que têm sido dadas em termos de controle social.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Agenda Pública; Política de Saúde; Políticas Indigenistas.

INDIGENOUS HEALTH IN BRAZIL: HISTORICAL TRAJECTORY AND CHALLENGES

ABSTRACT

In the process and management of public policies the constitution of the problem and the governmental agenda is the movement constituted by a list of issues that call the attention of society and government. This article presents a brief historical context about Indigenous Health in the public health agenda in Brazil. So, presents a trajectory of the policies directed to the indigenous, exposes the Subsystem of Attention to Indigenous Health (SASI-SUS) and the National Policy of Attention to the Health of the Indigenous Peoples (PNASPI), finally indicating some challenges context. The analysis is characterized as a qualitative study with a descriptive approach, based on bibliographic and documentary material. It was concluded that the Subsystem of Attention to Indigenous Health and the National Policy of Attention to Health of Indigenous Peoples cover many issues pertinent to indigenous health, but they constitute a challenge in the context of health in Brazil, with the scrapping of SUS, precariousness of health work and the few possibilities that have been given in terms of social control.

Keywords: Indigenous Health; Public Agenda; Health Policy; Indigenous Policies.

1. INTRODUÇÃO

São chamadas de políticas indigenistas aquelas que possuem ações adotadas pelo Estado em relação às populações indígenas que habitam seu território. Assim sendo, educação, desenvolvimento sustentável, meio ambiente e saúde podem ser tratadas como políticas setoriais que constituem o indigenismo (OLIVEIRA, 1995). Neste artigo, daremos destaque às políticas de saúde, em especial, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS).

Dentre as iniciativas políticas e sociais realizadas no intuito de minimizar as iniquidades para com os povos indígenas, destaca-se o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado no início do século XX, para atender aos povos indígenas e comunidades rurais no tocante à vida social, saúde, educação, desenvolvimento econômico e direitos fundiários (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003). Posteriormente, em 1967, o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada durante a ditadura militar, que realizava atendimentos esporádicos às comunidades indígenas, através de equipes de saúde (BRASIL, 2002).

Mudanças foram ocorrendo no cenário político do Brasil, especialmente após o fim da ditadura militar. A mais significativa no cenário da saúde se deu após a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando a saúde

passa a ser dever do Estado e direito de todos (BRASIL, 1988). Porém, a Constituição não mencionou de que forma deveria se dar a atenção à saúde específica para os indígenas, tampouco as Leis Orgânicas de Saúde, instituídas em 1990, que tratam das diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar disso, a Constituição trouxe consigo garantias a esses povos, como o direito às suas terras, a políticas sociais distintas e apropriadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à valorização e preservação de suas línguas e estilo de vida (LIMA; BARROSO-HOFFMAN, 2002). Paralelamente, no ano de 1991, ocorre a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (SANTOS, 2006).

Para que os direitos dos índios fossem reconhecidos e assegurados no âmbito da saúde, no ano de 1999 entrava em vigor a Lei nº 9.836, conhecida como Lei Arouca, que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). Já no ano de 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o objetivo de diferenciar e especificar o padrão de saúde ofertado a esses povos (Brasil, 2002). Esses modelos promulgam a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), organizados dentro do SASI-SUS para melhorias das condições de saúde.

Atualmente, a responsabilidade de coordenação do SASI-SUS e da organização dos

Distritos Sanitários é da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, que foi criada para reformular a gestão da saúde indígena brasileira segundo reivindicações dos próprios índios (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

A operacionalização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é regida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que, por sua vez, integra a Política Nacional de Saúde (PNS). Tais dispositivos legais foram formulados com o objetivo de garantir o direito das populações culturalmente distintas a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de respeitar suas especificidades culturais (GARNELO; MAQUINÉ, 2013).

O presente artigo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e documental de pretende contribuir com o debate das políticas de saúde indígena na agenda de saúde pública brasileira. Para tanto, traçaremos uma trajetória das políticas de saúde indígena no Brasil, perpassando pela criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e apresentando Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), por fim, indicando alguns desafios que se apresentam nesse contexto.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena brasileira tem em torno de 817.963 indivíduos, divididos em, aproximadamente, 230 povos, falando 180 línguas, compondo cerca de 0,4% da população total do país (LIMA; CASTILHO, 2013). Tais informações evidenciam a complexidade de implementar políticas que contemplem tais populações, especialmente em termos de saúde.

No que diz respeito à assistência à saúde, desde o período colonial algumas ações foram realizadas. Naquela época, os indígenas eram atendidos pelos missionários, que cuidavam do evangelismo e dos interesses das entidades religiosas. Porém, os contatos eram feitos de modo violento, o que ocasionou muitas mortes e epidemias. A condição continuou complicada por séculos, com dizimação de diversos povos indígenas e comprometimento da saúde e cultura destes.

No início do século XX, com a situação bastante agravada, foi criado no ano de 1910, o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPI. Mais tarde, em 1918, chamado de SPI (Serviço de Proteção ao Índio). Segundo Garneiro, Macedo e Brandão (2003), este serviço fora criado para atender aos povos indígenas e comunidades rurais no tocante à vida social, saúde, educação, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e direitos fundiários, evitando conflitos causados pela ocupação de territórios

indígenas por parte de garimpeiros e madeireiros, entre outros.

O SPI não alcançou seus objetivos e ainda acarretou em perda territorial. Isso se deu especialmente porque a política de saúde indígena no Brasil, que começou a ser delineada nesse período, enxergava os índios como “seres inferiores” passíveis de “evolução”. Ferreira (2012) destaca que não havia um planejamento para a prestação de serviços de saúde aos povos indígenas, mas apenas medidas emergenciais ou ações esporádicas.

No ano de 1956, com a finalidade de oferecer ações de atenção básica de saúde (vacinação, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis e atendimento odontológico) à população indígena e rural em áreas de difícil acesso foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aero-transportadas (SUSA), vinculado ao Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Em 1967 o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), entidade estatal criada durante a ditadura militar. Posteriormente, a FUNAI criou, em 1968, as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que, inspiradas no SUSA, realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas, oferecendo assistência médica, vacinação e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, em sua maior parte da área da enfermagem, como auxiliares ou atendentes (BRASIL, 2002).

De acordo com CASTELLANI (2012), a criação da FUNAI fez parte de uma expansão econômica durante a ditadura e foi marcada pela política de assimilação e integração das populações indígenas, sendo que a Lei nº 6.001 (aprovada em 1973), conhecida como Estatuto do Índio, era o pilar da política de Estado para esses povos. O autor ressalta que tal lei objetivava passar a tutela do SPI para a FUNAI, instituição que deveria ser mantida até que os povos indígenas fossem integrados à sociedade nacional.

O modelo de tutela foi bastante negativo para os indígenas, pois não lhes permitia direitos básicos inerentes à forma de organização social, administração dos recursos naturais e terras ocupadas, com consequências também no quesito saúde, como explica Garnelo (2012, p. 19-20):

Um dos aspectos mais negativos da política indigenista adotada no Brasil foi a prática da tutela, uma medida jurídica que delegava para o órgão indigenista oficial o direito de decidir pelas comunidades, tirando dos indígenas a possibilidade de protagonizar os rumos de suas vidas. No campo da saúde os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das ações sob sua Saúde Indígena: uma introdução ao tema responsabilidade, o que redundou em baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias. As restrições e inadequações da política indigenista geraram um acúmulo de insatisfações dos indígenas e das entidades não governamentais que os apoiavam, produzindo reivindicações por mudanças nas ações de governo.

Somente na década de 1980 mudanças mais significativas vieram a ocorrer. Segundo Ferreira (2012, p. 48):

Em 1986, o problema da assistência à saúde dos povos indígenas ganha a atenção do movimento sanitarista com a realização da primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A autora ainda afirma que esse evento foi importante para lançar o escopo para a criação de um sistema de saúde especial para os índios, integrado ao sistema nacional, além de ter sido relevante por debater a participação indígena em todos os momentos de decisão, de formulação, planejamento, implantação, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde.

Episódios como o fim da ditadura militar e a promulgação da nova Constituição trouxeram transformações relevantes na sociedade brasileira e nas políticas de saúde indígena. Ferreira (2012) comenta que, em 1986, a realização da primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde lançou as bases para a criação de um sistema específico para a saúde dos índios, integrado ao sistema nacional. A autora afirma que a partir desse evento o problema da assistência à saúde dos povos indígenas ganha a atenção do movimento sanitarista, influenciando, inclusive, na Constituição Federal de 1988.

Dentre os sujeitos identificados no processo de inserção e estabelecimento do conjunto de direitos indígenas na Constituição Federal de 1988, destaca-se o movimento indígena, igrejas, universidades e de organizações não governamentais. Ademais:

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 (MARTINS, 2013, p. 43).

A Constituição de 1988 foi importante para a compreensão de que um tratamento diferenciado às minorias é dever do Estado e não mera caridade quando passou a reconhecer os direitos dos povos indígenas às suas terras, a políticas sociais distintas e apropriadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à valorização e preservação de suas línguas e estilo de vida (LIMA; BARROSO-HOFFMAN, 2002).

Garnelo (2012, p. 20) destaca que “ainda que a autonomia nativa permaneça limitada pela persistente assimetria social e econômica entre indígenas e não indígenas, os avanços políticos propiciados pela Constituição são inegáveis”. A autora ainda afirma que entre os avanços estão a ampliação e consolidação do associativismo indígena e a criação de um subsistema específico para o atendimento a essas minorias, no tocante à saúde.

É importante atentar que a Constituição também deliberou os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram regulamentados dois anos depois através da Leis Orgânicas da Saúde – LOS (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), e instituiu que o Ministério da

Saúde seria o responsável pela direção e gestão federal desse sistema.

Como exposto, é importante reconhecer que a Constituição de 1988 foi um progresso para os indígenas brasileiros quando que lhes garante o direito de organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, além das terras que ocupam, porém, no que diz respeito à saúde (Artigo 196), afirma que esta é dever do Estado e direito de todos, sendo o Sistema Único de Saúde responsável pela prestação destes serviços de forma pública no Brasil, não fazendo, porém, menção a qualquer tipo de atendimento específico aos índios brasileiros. Nessa mesma linha, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 também tratam da saúde e do Sistema Único de forma abrangente, não mencionando especificamente como se daria o atendimento e tratamento a povos indígenas.

Sendo assim, foi necessário promover outras discussões que colaborassem na criação de soluções e/ou alternativas para a saúde indígena. Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23, que dispunha sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas, transferiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas para o Ministério da Saúde (MS).

O Decreto nº 23/1991 (BRASIL, 1991) também constituiu como base desses serviços de saúde os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em seu Artigo 4º:

Art. 4º A operacionalização dos projetos respeitará a organização social e política, os costumes, as crenças e as tradições das diversas comunidades indígenas.

§ 1º As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes constituídas para a execução dos projetos, além dos conhecimentos técnicos indispensáveis, deverão estar preparadas para compreender a cultura, os usos e costumes do grupo sobre o qual vão atuar.

§ 3º Para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão promovidas articulações entre as áreas governamentais, cujo envolvimento nos projetos se faça necessário, e a busca da cooperação de entidades ou associações civis e religiosas, a fim de que se assegure o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficácia das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos.

A proposta dos distritos sanitários surgiu como uma forma de assegurar aos índios “o ³⁹² direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações” (BRASIL, 2002, p. 08).

A partir da criação do primeiro DSEI surgem instrumentos legais e estruturas administrativas específicas para reger a saúde indígena. Dentre as mudanças, as competências da FUNAI foram repassadas à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo SUS:

[...] as equipes de saúde da FUNAI mantiveram-se em geral distantes das discussões sobre atenção primária à saúde, e suas práticas não incorporaram nem os avanços simples, baratos e eficazes de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, pautados na prevenção de doenças e na organização de

sistemas locais de saúde. Assim permaneceu até 1991, quando ocorreu a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde (SANTOS, 2006, p. 178).

Dentro do Ministério da Saúde, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), com o objetivo de pôr em execução o novo modelo de atenção à saúde indígena, sendo que esta coordenação ficaria subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

Ainda no ano de 1991, fora criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), pela Resolução 11, de 13 de outubro do Conselho Nacional de Saúde (CNS). De acordo com a Resolução, a CISI deveria auxiliar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. É importante frisar que, após reformulação da composição da CISI e saída espontânea de alguns representantes do CNS, quatro vagas (de um total de onze) foram abertas para representantes de organizações indígenas na comissão (BRASIL, 2002).

Em 1994, porém, o Decreto Presidencial nº 1.141/94, de 19 de maio, revoga o decreto nº 23/1991, devolvendo a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que se encarrega das ações curativas, enquanto o Ministério da Saúde/FUNASA se torna responsável pelo que diz respeito à prevenção, como imunização e saneamento, entre outros (SANTOS et al., 2008). A alternância de poder e responsabilidades entre FUNAI e FUNASA nas últimas décadas acabou por gerar conflitos entre as duas fundações e

comprometimento da qualidade dos serviços prestados às comunidades indígenas:

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena (BRASIL, 2002, p. 09).

Ainda no contexto das políticas de saúde indígena, no ano de 1999 foi aprovada a Lei nº 9.836 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASI-SUS), que abordaremos a seguir.

393

3. SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

No processo e gestão das políticas públicas a constituição do problema e da agenda governamental é o movimento constituído por uma lista de questões que chamam a atenção da sociedade e do governo, “podendo, por força da pressão social, assumir visibilidade e transformar-se em questão social merecedora de atenção do poder público; também, por conseguinte, transformar-se em política” (SILVA, 2013, p. 23). Assim sendo, a construção da agenda se dá a partir do reconhecimento de uma questão social, que se constitui em um

problema/*issue* a ser considerado mediante o levantamento de alternativas e posterior adoção de política, que é transformada em ações.

Como comentamos, as Leis Orgânicas de Saúde tratam das diretrizes para o Sistema Único de Saúde, porém, não contemplam em seu texto inicial questões inerentes a populações específicas, como os povos indígenas, por exemplo. Diante dessa problemática, movimentos sociais, representantes indígenas, instituições como igrejas e universidades, entre outras, questionavam e exigiam mudanças na saúde indígena que abarcassem a complexidade desses povos. a partir da pressão feita por esses sujeitos para que os direitos dos índios fossem reconhecidos e assegurados no âmbito da saúde, no ano de 1999 entrava em vigor a Lei nº 9.836, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) como componente do Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como Lei Arouca, assim denominada por ter sido formulada pelo deputado Sérgio Arouca (BRASIL, 1999).

Ferreira (2012) comenta que o deputado apresentou o então Projeto de Lei nº 4681-D ao Congresso Nacional em junho de 1994, tomando como base as propostas da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), visto que as conferências não possuem caráter deliberativo. O projeto propunha a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para preencher a lacuna deixada na legislação brasileira quanto a essa questão (FERREIRA, 2012). Com a Lei nº 9.836/99

foram então criadosⁱⁱ os DSEIs através da Portaria 852/1999 (ALTINI et al., 2013).

A Lei Arouca, juntamente com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 (que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS) se tornou a mais importante contribuição legal para a saúde indígena. Nesse contexto, destaca-se o papel do Ministério da Saúde, que passou a ser integralmente responsável sobre o estabelecimento das políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, e da FUNASA, que ficou com a incumbência da execução dessas políticas e diretrizes (FERREIRA, 2012).

Salientamos que cada Distrito Sanitário deve ser entendido como uma “base territorial e populacional [...] enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) para referência e contrarreferência composto por equipe mínima” (BRASIL, 2001, p. 7). Dessa forma, a ideia de DSEI se configura como um espaço de atenção à saúde sob responsabilidade do gestor federal e ação complementada por estados, municípios e ONGs, com uma demarcação geográfica que considera questões demográficas (pois as terras indígenas podem não coincidir com os limites territoriais dos estados e municípios onde estão localizadas), etnoculturais e o acesso dos usuários indígenas aos serviços, além do controle social exercido pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FUNASA, 2002).

Para melhor organização desses serviços, em 2002 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o objetivo de diferenciar e especificar o padrão de saúde ofertado a estes grupos (BRASIL, 2002). Tal política fora instituída num contexto em que era necessária a especificidade na atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, visto a assistência disponibilizada no SUS, que não contemplava uma adequação nesse sentido. Representantes indígenas, bem como, diferentes segmentos relacionados direta ou indiretamente com o tema participaram da elaboração da política, a partir do reconhecimento do problema/*issue* que já vinha sendo debatido nas conferências de saúde e por movimentos sociais.

Atualmente, a responsabilidade de coordenação do SASI-SUS e da organização dos DSEIs, é da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS), que foi criada em 2010, “a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena” (PORTAL DA SAÚDE, 2014, sem paginação) para coordenar e executar o processo de gestão de saúde indígena no âmbito do SUS, tendo como principais atribuições gerir e executar ações de atenção primária à saúde para os povos indígenas que vivem em terras demarcadas em território nacional.

Vale enfatizar que, até então, a gestora do subsistema continuava a ser a FUNASA, que

atuou efetivamente no campo da saúde indígena até o início de 2011, quando se completou a fase de transição para a transferência de responsabilidades de um órgão para outro (GARNELO; MAQUINÉ, 2013).

De acordo com informações contidas no Portal da Saúde (2014), a missão da SESAI é implementar um novo modelo de gestão descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos DSEIs existentes no país.

Infelizmente, a implementação de um modelo de atenção à saúde que contemple as especificidades do subsistema, desenvolveram-se de forma lenta, com serviços descontinuados e esporádicos.

Como exposto, apesar de ter sido criada para suprir todas essas demandas e carências, a SESAI até o atual momento não tem se mostrado diferente das suas antecessoras (FUNAI e FUNASA) no que tange à gestão dos serviços de saúde para povos indígenas. Muito disso se dá pelos recursos humanos, que têm se mantido sem devida formação e capacitação. Varga, Batista e Viana (2013), enfatizam que houve uma expectativa por parte dos movimentos indígena e indigenista quanto às possíveis melhorias advindas da SESAI, especialmente porque se esperava que ela rompesse com antigas práticas, como clientelismo, corporativismo e autoritarismo.

A operacionalização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é regida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos

Indígenas que, por sua vez, integra a Política Nacional de Saúde. Tais dispositivos legais garantem o direito das populações culturalmente distintas a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de respeitar suas especificidades culturais (GARNELO; MAQUINÉ, 2013).

Salientamos que a PNASPI tem por objetivo trabalhar com uma rede de serviços complexa nas terras indígenas para suprir e superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população específica, que, mesmo já possuindo os direitos de cidadãos garantidos pela Constituição Federal, necessitam de uma política que vá ao encontro de suas particularidades.

Legalmente, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Sua elaboração se deu através da participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas.

A elaboração da política contou também com a participação de representante das organizações indígenas, “com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo” para garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e

aperfeiçoamento da PNASPI, favorecendo, assim, o controle social (BRASIL, 2002, p.06).

Na publicação da política consta que seu propósito é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, respeitando fatores como a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política com o intuito de promover a superação dos problemas e circunstâncias que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Para tanto, a PNASPI institui:

[...] são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social (BRASIL, 2002, p.15).

A PNASPI estabelece que a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser feitas mediante debates e discussões com as secretarias municipais e

estaduais de saúde, assim como com lideranças e organizações indígenas, com o órgão indigenista oficial, com antropólogos, universidades e instituições governamentais e não governamentais ligadas às causas e serviços prestados às comunidades indígenas. Uma equipe multidisciplinar de saúde deve compor cada distrito, sendo que os detalhes para sua composição, como número de membros e direcionamento para onde cada profissional irá seguir diretrizes específicas:

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações. (BRASIL, 2002, p. 16).

Os Postos de Saúde são unidades básicas, geralmente com estrutura simplificada, construídas de acordo com as necessidades de cada região. Essas unidades representam “a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde, e possuem infraestrutura física necessária para o desenvolvimento das atividades dos

profissionais da área de saúde” (BRASIL, 2009, p. 34).

De acordo com Brasil (2009) os Postos de Saúde deverão realizar atividades de atenção básica à saúde, como, por exemplo, imunização, acompanhamento de crianças e gestantes, e atendimento a casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária. Devem ainda oferecer acompanhamento de pacientes crônicos e de tratamentos de longa duração e desenvolver ações de primeiros socorros, de promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência.

Os casos de saúde que não forem solucionados nos Polos-Base devido ao grau de complexidade deverão ser referenciados para a rede de serviços tradicional do SUS, obviamente de acordo com a cobertura e realidade de cada DSEI. O documento da PNASPI ressalta que essa rede já estará definida de acordo com a localização geográfica do DSEI e que será estimulada a atender os indígenas de forma específica, com oferta de serviços diferenciados, como intérprete, acompanhamento de parentes, visitas de terapeutas tradicionais, instalação de redes para deitar etc.

Para aqueles que forem encaminhados a outro município para tratamento, serão oferecidos serviços de apoio e alojamento (entre outros serviços) nas Casas de Saúde do Índio (CASAIs), que são espaços localizados em municípios estratégicos, que servem para alojamento e intermediações entre o indígena e a rede SUS.

Uma diretriz importante de ser comentada trata de tema bastante pertinente, que é o “Controle social”. A PNASPI afirma que a participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs, contemplando expressões formais e informais, sendo que essa participação se dará por meio das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e Fóruns Nacionais sobre a Política de Saúde Indígena, bem como pela constituição de Conselhos Locais e Distritais para este fim. Segundo Brasil (2002), os Conselhos Locais de Saúde serão compostos pelos representantes (lideranças tradicionais, professores indígenas, AIS, especialistas tradicionais, parteiras etc.) das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, sendo que a escolha dos componentes será feita pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do DSEI.

Os conselhos de saúde são um grande desafio, em múltiplas dimensões, para a sociedade civil e para o Estado no que se refere ao reconhecimento dos diferentes interesses em disputa, à capacidade de negociação sem a perda da autonomia, à construção do interesse público e à participação na formulação de políticas públicas (BRAVO; SOUZA, 2002). A participação social dos povos indígenas traz ainda uma discussão importante, relativa à diversidade cultural, assunto que, segundo a autora é bastante delicado, podendo causar tensões nas relações que se estabelecem nos conselhos de saúde (FERREIRA, 2012).

Segundo a PNASPI, o Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. A Política também estabeleceu que as Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde, ocorrendo com a mesma periodicidade (o que não vem acontecendo).

A PNASPI considera aspectos importantes, mas dado o contexto das políticas de saúde no Brasil, sua implementação e sucesso é um desafio, visto que, dentre outras questões, o SUS têm enfrentado, desde sua criação, problemas estruturais, agravados à medida que práticas neoliberais foram intensificadas no país. Soma-se a isso a complexidade que envolve as comunidades indígenas no Brasil, que, longe de serem homogêneas, estão presentes em todas as regiões do país e cada um possui sua organização social, língua, hábitos alimentares e ritos tradicionais.

Ademais, como exposto, a formação dos profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, que, muitas vezes não estão preparados para lidar com pacientes indígenas, considerando o contexto intercultural destes, como costumes e línguas, também se configura em um problema a ser analisado, visto que, quando referenciado a um hospital de maior complexidade, o indígena será assistido por profissionais diversos, o que não se restringe apenas àqueles que sejam funcionários da SESAI ou FUNAI.

Além disso, as mudanças na gestão do SASI-SUS também se configuram como um problema na linearidade das ações de saúde para os povos indígenas, que já foi responsabilidade da FUNAI, bem como da FUNASA e hoje está sob a coordenação da SESAI.

Aspectos referentes ao contexto de saúde no Brasil também precisam ser considerados, visto que impactam diretamente no atendimento específico aos povos indígenas: a estrutura do SUS em termos de oferta de atenção primária e hospitais de média e alta complexidade em pequenos municípios, o que obriga a população a buscar atendimento de referência em outros centros, mesmo aqueles indivíduos que possuem doenças consideradas pouco complexas ou de baixo risco; a localização de várias comunidades indígenas pelo país, cujo acesso interfere inclusive na presença de equipe profissional de saúde; a situação dos Polos-Base, que, apesar de serem parte importante da gestão da saúde indígena, segundo a PNASPI, apresentam deficiências ou sequer funcionam em muitas aldeias.

De acordo com Langdon (2013), se por um lado a PNASPI reconhece a necessidade de se considerar as especificidades de cada povo indígena, por outro lado sua implantação enfrenta a dificuldade provocada pelo desconhecimento sobre como realizar a articulação entre os serviços oficiais de saúde e os saberes e práticas indígenas. O autor afirma que, mesmo com as diretrizes propostas pela PNASPI, a maior parte dos profissionais que

atuam na área não sabe como é possível ofertar a atenção de forma diferenciada aos indígenas. No entanto, é importante refletir que “a diferença em ter o discurso em relação ao resultado e a real meta de uma política pública se dá em virtude da busca da ‘legitimidade’ social da sua elaboração e execução” (BONETI, 2011, p. 57).

4. CONCLUSÃO

O processo de gestão de políticas públicas inicia-se com o reconhecimento de que há um problema a ser resolvido e que entra na agenda a partir da atuação de pessoas ou grupos. Após o reconhecimento do problema há a formulação e adoção da política. Como exposto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi formulada a partir do reconhecimento de que a atenção ofertada aos indígenas no âmbito do SUS não considerava suas especificidades.

É importante refletir ainda a respeito da interface entre o resultado esperado e obtido com uma política pública, visto que nem sempre o anunciado publicamente como meta de uma ação resultante se constitui o real almejado. A PNASPI é, sem dúvida, um avanço na saúde indígena, todavia, não será capaz de cumprir com seus objetivos no contexto de sucateamento do SUS, da precarização do trabalho em saúde e das poucas possibilidades que têm sido dadas em termos de controle social. Além disso, a forma como a população brasileira compreende os

indígenas ainda pende entre uma visão preconceituosa e outra idealizada.

Desse modo, tanto o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena quanto a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ainda que sejam fundamentais para diminuição das desigualdades relativas à saúde desses povos, são também um grande desafio para os serviços oficiais de saúde, especialmente diante do contexto político-econômico brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALTINI, Emília et al (org.). **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil:** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Conselho Indigenista Missionário – CIMI. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Edição Revisada, 2013. Disponível em: <<http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/cartilha-sobre-saude-indigena-cimi>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas públicas por dentro.** 3. Ed. rev. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991. Revogado pelo Decreto nº 1.141, de 1994. **Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas.** Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1

990-1994/D0023.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca:** a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. **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, 1999. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. **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, 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. **Programa de Saúde Indígena:** etnodesenvolvimento das sociedades indígenas.

Ministério da Saúde, Secretaria executiva. Brasília, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional**. Ser Social — Revista do programa de pós-graduação em política social, Brasília, n. 10, 2002.

CASTELLANI, M. R. **Subsistema de Saúde Indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças** [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012

FERREIRA, Luciana Benevides. **O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética**. 2012. 147 f. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

FERREIRA, Luciana Benevides. **Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo; 2002.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, Luiza; MAQUINÉ, Aldemir Lima. **Financiamento do Subsistema de Saúde Indígena nos Planos Plurianuais (PPA) no Brasil**. 2013.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de**

atenção à saúde. In: Garnelo, Luiza (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.

LANGDON, Esther Jean. **Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada**. In: Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas. Moacir Haverroth, org. Rio de Janeiro/Florianópolis: NUPEEA - Núcleo de Publicações em Ecologia e Etnobotânica Aplicada/IBP – Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural, 2013.

LIMA, Antonio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (org.). **Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

LIMA, Antonio Carlos de Souza; CASTILHO, Sergio Ricardo Rodrigues. **Povos indígenas, preconceito e ativismo político**. In: VENTURI, G.; BOKANY, V. In: **Indígenas do Brasil: demandas dos povos e percepções da opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

MARTINS, André Luiz. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

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.

PORTAL DA SAÚDE. **Conheça a secretaria SESAI.** 2014a. Disponível em: <(http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai)>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SANTOS, L. G. **O índio brasileiro:** o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

SANTOS, Ricardo Ventura et al. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil.** In: GIOVANELLA, Lígia et al (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Pesquisa avaliativa:** aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras Editora; São Luís, MA: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direccionadas à Pobreza (Gaepp), 2013.

VARGA, István van Deursen; BATISTA, Luís Eduardo; VIANA, Rosana Lima. **Saúde da população indígena:** do paradigma da tutela ao horizonte das políticas de promoção da igualdade racial. In: VENTURI, G.; BOKANY, V. In: **Indígenas do Brasil:** demandas dos povos e percepções da opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

ⁱ Professora do Departamento de Turismo e Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestra em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

ⁱⁱ Vale ressaltar que, antes da Lei Arouca, já havia sido implantado o primeiro DSEI do Brasil, o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), como já comentado, e entre os anos de 1993 e 1995, também em Roraima, por força do movimento indígena, implantou-se o DSEI-Leste, seguido pelo DSEI Xingu, em Mato Grosso.

Recebido em: 02/01/2021.

Aprovado em: 29/01/2021.

Publicado em: 31/01/2021.

NOTAS