

Saúde Indígena em Perspectiva:  
explorando suas matrizes históricas e ideológicas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

*Paulo Gadelha*

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

*Nísia Trindade Lima*

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

*Nísia Trindade Lima*

Editor Executivo

*João Carlos Canossa Mendes*

Editores Científicos

*Carlos Machado de Freitas*

*Gilberto Hochman*

Conselho Editorial

*Claudia Nunes Duarte dos Santos*

*Jane Russo*

*Lígia Maria Vieira da Silva*

*Maria Cecília de Souza Minayo*

*Marília Santini de Oliveira*

*Moisés Goldbaum*

*Pedro Paulo Chieffi*

*Ricardo Lourenço de Oliveira*

*Ricardo Ventura Santos*

*Soraya Vargas Côrtes*

---

COLEÇÃO SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Editores Responsáveis: *Ricardo Ventura*

*Carlos E. A. Coimbra Jr.*

Saúde Indígena em Perspectiva:  
explorando suas matrizes históricas e ideológicas

Carla Costa Teixeira  
Luiza Garnelo  
Organizadoras

COLEÇÃO SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS



Copyright © 2014 dos autores  
Todos os direitos desta edição reservados à  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

Revisão

*Jorge Moutinho*  
*M. Cecilia G. B. Moreira*  
*Myllena Paiva*

Capa

*Danowski Design*

Criada a partir da ilustração de pás para virar beijos.

Fonte: *Entre os Aborígenes do Brasil Central*, de Karl von den Steinen. São Paulo: Departamento de Cultura, 1940.

Projeto gráfico

*Angélica Mello*  
*Daniel Pose*

Editoração eletrônica

*Robson Lima (Obra Completa Comunicação)*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

---

T266s Teixeira, Carla Costa (Org.).

Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. / organizado por Carla Costa Teixeira e Luiza Garnelo. / – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

262 p. : il. ; tab. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas)

ISBN: 978-85-7541-449-1

1. Índios Sul-Americanos. 2. Políticas Públicas. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Agentes Comunitários de Saúde – educação. 5. Capacitação em Serviço. 6. Saúde de Populações Indígenas. 7. Doenças Sexualmente Transmissíveis – prevenção & controle. 8. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – prevenção & controle.

I. Garnelo, Luiza (Org.). II. Título.

CDD - 22.ed. – 980.41

---

2014

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Mangueiras

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br

Editora filiada



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

Antonio Carlos de Souza Lima é doutor em antropologia social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É professor de etnologia da mesma instituição, pesquisador IB do CNPq e bolsista do Programa Cientistas do Nosso Estado da Faperj.

Carla Costa Teixeira (organizadora) é doutora em antropologia social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília. É professora associada II do mesmo Programa e líder do Grupo de Pesquisa Antropologia Política da Saúde/CNPq.

Carolina Arouca é mestre em história das ciências e da saúde pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz e doutoranda no mesmo Programa.

Cristina Dias da Silva é doutora em antropologia social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília. É professora adjunta II do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), pesquisadora do Grupo de Pesquisa Antropologia Política da Saúde/CNPq e coordenadora do Núcleo de Antropologia Tapuia da UFJF.

Eliana Elisabeth Diehl é doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. É professora e pesquisadora do Departamento de Ciências Farmacêuticas e do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esther Jean Langdon é doutora em antropologia pela Tulane University. É professora voluntária do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pesquisadora IB de CNPq e coordenadora do INCT Brasil Plural.

Gilberto Hochman é doutor em ciência política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. É pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz, professor do Programa de História das Ciências e da Saúde da mesma instituição.

Luiza Garnelo (organizadora) é doutora em antropologia pela Universidade Estadual de Campinas. É pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz (Amazônia).

Nísia Trindade Lima é doutora em sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. É pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da COC, vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz.

Raquel Paiva Dias-Scopel é doutora em antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. É pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz (Amazônia).

Renato da Silva é doutor em ciências pela Fundação Oswaldo Cruz com pós-doutorado em história pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É professor adjunto doutor I do Programa de Pós-Graduação de Letras e Ciências Humanas da Unigranrio, membro do Comitê de Ética e Pesquisa da mesma universidade e bolsista de Produtividade Propesq I da Unigranrio/Funadesp.

Thiago Ávila (*in memoriam*) é mestre em antropologia social pela Universidade de Brasília. Atuou como antropólogo consultor da Equipe de Conservação da Amazônia (ACT) Brasil, de 2008 até a ocasião de seu falecimento.

---

Prefácio ..... 9

Apresentação ..... 11

Parte I – As Matrizes Indigenistas e Sanitaristas

1. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas..... 27  
*Antonio Carlos de Souza Lima*

2. Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956)... 59  
*Carolina Arouca e Nísia Trindade Lima*

3. Campanhas Públicas, Populações (Quase) Invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira..... 85  
*Gilberto Hochman e Renato da Silva*

4. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena ..... 107  
*Luiza Garnelo*

Parte II – O Subsistema de Saúde Indígena em Ação

5. Do Museu aos Manuais: reflexões sobre o agente indígena de saneamento ... 145  
*Carla Costa Teixeira*

6. De Improvisos e Cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem ..... 181  
*Cristina Dias da Silva*

7. O Papel e a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde na Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas Brasileiros ..... 213

*Esther Jean Langdon, Eliana Elisabeth Diehl e Raquel Paiva Dias-Scopel*

8. Cultura, Sexualidade e Saúde Indígena: etnografia da prevenção das DST/Aids nos povos Timbira do Maranhão e do Tocantins ..... 241

*Thiago Ávila*



## O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena<sup>1</sup>

Luiza Garnelo

O mote deste capítulo é a análise do contexto político e institucional que configurou o Subsistema de Saúde Indígena, aqui entendido como produto de uma política social.<sup>2</sup> Toma-se como ponto de partida e eixo analítico a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS), percorrendo temas e problemas relevantes na construção das políticas de saúde, das quais a Política de Saúde Indígena é tributária, explorando as conexões, as interfaces e os desencontros dessas duas políticas setoriais. Propõe-se também mapear atores e processos que propiciaram a emergência da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), assinalando ainda a interveniência de relações internacionais que influenciam certos temas da política pública brasileira, incidindo particularmente sobre as políticas indigenista e ambiental, as quais têm sido objeto de interesse e intervenção de organismos multilaterais, como, por exemplo, o Banco Mundial.

Dado o mosaico institucional que propiciou a emergência da PNASPI, cabe interrogar como vem se dando seu processo de implantação e de gestão, tanto interno ao subsistema quanto nas interações com outros níveis do SUS.

Autores como Fleury e Ouverney apontam alguns elementos que auxiliam na compreensão da dinâmica de gestão de uma política de saúde. Dentre estes, consideram relevantes:

a definição das finalidades da política; a construção e o emprego de estratégias, planos e instrumentos técnicos que orientem a ação; o desenvolvimento de relações sociais e o desempenho de papéis políticos pelos agentes da política social; a construção de arenas e rotinas que orientem o processo decisório e a implementação dos planos de ação; assimilação ou compatibilização dos distintos projetos políticos que coexistem numa política posta em curso; formação e difusão de valores éticos de justiça e igualdade fomentados ou potencializados pela política social (Fleury & Ouverney, 2008: 41)

Ainda que não seja possível empreender-se uma análise exaustiva de todos esses elementos, pode-se refletir sobre as finalidades da política indigenista – criada no início do século XX com a incumbência de integrar e assimilar

as populações nativas à sociedade colonizadora dominante – em contraponto com as finalidades da PNASPI, uma política produzida num mundo contemporâneo no qual a ideia de respeito às diferenças culturais passou a ser um vetor proeminente na cena social.

Assim, se no início do século passado era considerada humanitária e aceitável a ideia de assimilar as sociedades indígenas de modo a que não *atrapalhassem o progresso*, no fim dele tal posicionamento passou a ser amplamente rejeitado. A mudança de mentalidade na sociedade brasileira permitiu a afluência dos princípios constitucionais que fundamentam uma política pública como a PNASPI, efetivando a garantia do direito à diferença étnica.

As ideias contidas neste capítulo podem ser entendidas como um estudo exploratório apoiado em pesquisa bibliográfica e documental sobre a gestão em saúde indígena, no período compreendido entre 1999 e 2011. A pesquisa bibliográfica priorizou os bancos de dados do PubMed, a biblioteca virtual SciELO (periódicos e SciELO Livros). Procedeu-se à seleção dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) adequados ao processo de busca e iniciou-se a busca dos artigos com os termos: “políticas sociais”, “políticas públicas”, “gestão pública”, “*focused social politics*”, “regionalização”, “descentralização”, “universalização”, adicionando-se “AND saúde” e “AND indígena” em todos os índices.

A investigação documental compreendeu a busca, a leitura e a categorização de documentos institucionais que ainda não tivessem recebido tratamento analítico gerador de publicações científicas (Appolinário, 2009). As principais fontes documentais foram registros institucionais escritos, tais como leis, decretos e portarias que regulamentam a operacionalização do Subsistema de Saúde Indígena, com ênfase nos dispositivos que tratassem da gestão da atenção à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e nos níveis centrais da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Nesse âmbito, a pesquisa dos dados foi conduzida de acordo com as proposições de Baptista (2007) para análise de portarias, categorizando-as segundo o tema regulamentado.

Também foram investigados os planos plurianuais (PPA) para os períodos de 2000-2003, 2004-2007 e 2008-2011, bem como seus relatórios de gestão, principalmente nos itens que tratavam da temática indígena. Documentação correlata também foi investigada, como a Agenda Social e um importante relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a Funasa, que teve influência significativa na decisão de repassar, da Funasa para a Sesai, a responsabilidade pela operacionalização do Subsistema de Saúde Indígena.

O tratamento dos dados seguiu as premissas da análise de conteúdo (Bardin, 1979), compreendendo uma apreensão global preliminar dos documentos selecionados (pré-análise), seguida pela exploração do material com base na análise da lógica interna dos conteúdos dos textos, que foram identificados, numerados

e categorizados. Por fim, efetuou-se o tratamento dos dados a fim de gerar juízos válidos e significativos sobre o material coletado, o qual foi sistematizado mediante consonância com a bibliografia adotada para subsidiar a pesquisa (Cellard, 2008).

Os mesmos princípios e procedimentos orientaram a busca em páginas da *web* de órgãos oficiais que publicam textos, normas técnicas, dispositivos legais e outras formas de demonstração pública de suas atividades. Foram consultadas páginas do Senado, da Fundação Nacional do Índio (Funai), do Ministério Público, do TCU, do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), tendo-se definido como período de análise o intervalo compreendido entre os anos 1999 e 2011. Ao longo da pesquisa foram realizadas de duas a quatro consultas às páginas institucionais de interesse, sendo a última em dezembro de 2011.

## Breve Cronologia das Fases de Implantação do Subsistema de Saúde Indígena

Os principais eventos que caracterizam a implantação e a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e de seu subsistema já foram objetos de discussão e análise de diversos pesquisadores (Aith, 2009; Varga, 1992; Varga & Adorno, 2001; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Garnelo, 2006; Verdum, 2005; Santos *et al.*, 2008; Landgon, 2007; Langdon & Diehl, 2007; Athias & Machado, 2001; Pontes & Garnelo, 2010). Tomando como base esses autores, serão resumidos alguns aspectos da dinâmica de gestão do Subsistema de Saúde Indígena, visando a situar o leitor nos principais eventos correlatos à implantação da PNASPI.

A realização da 1ª Conferência de Saúde Indígena, em 1986, destacou a necessidade de se garantir estratégias diferenciadas de atenção à saúde dessas minorias e a importância de vinculá-las ao SUS. Nas 2ª e 3ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena, realizadas em 1993 e 2001, discutiram-se o modelo assistencial em saúde indígena, sua operacionalização por meio de distritos sanitários e o papel dos agentes indígenas de saúde, cujo perfil de atuação também foi delineado. Nelas também se reafirmou a importância do gestor federal como condutor do Subsistema de Saúde Indígena, em oposição à ideia de municipalização de assistência à saúde, hegemônica no SUS.

No intervalo entre a 3ª e a 4ª Conferências, foi instituída e regulamentada a PNASPI, pela portaria n. 254/2002, integrando-a à Política Nacional de Saúde. Em 2006, a 4ª conferência teve como foco a avaliação do desenvolvimento operacional do Subsistema de Saúde Indígena e a situação de saúde da população atendida pelos DSEIs.

No período compreendido entre 1991 e 2010, ressalvado o intervalo de vigência do decreto n. 1.141/2004, as ações do Subsistema de Saúde Indígena estiveram a cargo da Funasa,<sup>3</sup> órgão ao qual coube a implantação e a operacionalização das ações de saúde indígena em todo o território nacional. Criada no fim de 2009, a Sesai, só foi efetivada em 2010, por meio da medida provisória n. 483/2010. No mesmo ano foi promulgada a lei n. 12.314, que dispôs sobre a reorganização da estrutura administrativa da Presidência da República, de ministérios e secretarias de governo. Ela incorporou as disposições da medida provisória n. 483/2010 e transferiu a estrutura do Subsistema de Saúde Indígena da Funasa para a recém-criada Sesai/MS.

## Cidadania, Políticas Sociais e a Questão Indígena

Fleury e Ouverney (2008) problematizam as precondições para a existência das políticas sociais – entre as quais a de saúde – características do mundo moderno. Para os autores, o surgimento da política social como um direito coletivo está ligado à emergência da cidadania, isto é, à existência de uma comunidade política, na qual os indivíduos são concebidos como participantes, iguais em direitos e deveres, na gestão da vida pública, e também partilham de crenças no que se refere à pertinência desse estado de coisas. Assim, tais políticas seriam expressão concreta do direito dos cidadãos no interior de uma sociedade nacional.

Porém, no caso de minorias étnicas, embora a cidadania represente um direito e um tipo de proteção social, ela também pode significar uma forma de homogeneizar o mundo indígena aos modos de vida da sociedade nacional, podendo ainda induzir à adoção de valores e comportamentos do grupo social hegemônico, em detrimento da diferenciação étnica.

Ao longo da história, a formação das nações tem-se dado à custa da abolição de singularidades, especificidades e lealdades locais, isto é, da renúncia à identidade e solidariedade entre grupos comunais, num processo que raramente garantiu uma inserção igualitária das minorias às sociedades nacionais. Bourdieu (1996), que analisou algumas das facetas da formação dos Estados nacionais na Europa, demonstrou que sua transformação em centros de poder se deu à custa de amalgamar a diversidade do tecido social, resultando na abolição forçada das distinções entre grupos sociais que se tornaram minoritários ao longo do processo de consolidação dos Estados-nação modernos. Apenas muito recentemente, e de forma tímida, surgiu na história mundial a ideia de cidadania plural, capaz de preservar o direito à diferença étnica.

Fleury e Ouverney (2008) também argumentam que a noção de cidadania que universaliza e uniformiza direitos e deveres é, em certa medida, contraditória

com a estrutura da economia capitalista, fundamentada na desigualdade entre os membros da sociedade. A tensão entre capitalismo e cidadania tem sido equacionada por meio de uma negação deliberada da existência das assimetrias econômicas estruturais e da iniquidade de acesso aos direitos sociais entre os membros da sociedade. Assim, o desenvolvimento da noção de cidadania, ao estabelecer direitos e deveres iguais para indivíduos supostamente livres e iguais, representaria uma forma de escamotear as assimetrias estruturais do regime capitalista.

Os mesmos autores consideram que as políticas de proteção social são produtos do capitalismo industrial tardio, que instituiu um sistema de relações contratuais em substituição às antigas relações comunais e familiares que ofereciam certo grau de proteção social. Na ausência destas, a instauração das modernas e impessoais relações baseadas no mercado e nos contratos de trabalho também gera a necessidade de um novo sistema de proteção social que, no Brasil contemporâneo, tem-se vinculado ao poder público.

Na história da política indigenista, a justificativa moral para a provisão de políticas de proteção social específicas para essas minorias étnicas – das quais a atenção diferenciada à saúde é apenas um caso particular – não se baseia no reconhecimento do direito de cidadania, e sim no reconhecimento de uma desigualdade histórica instituída pelo processo colonizatório, que gerou a necessidade da ação de Estado a fim de manter os índios relativamente a salvo, mas sem obstaculizar o progresso nacional (Souza Lima, 1987, 1995).

A trajetória do indigenismo sanitário pode ser cotejada com a tipologia das políticas de proteção social, caracterizadas por Fleury e Ouverney (2008) por meio dos modelos de assistência, seguro e seguridade.

De interesse para nosso argumento é o modelo de assistência social, regido pelo princípio da caridade, que, quando acionado, produz um tipo de *status* que discrimina e desqualifica seus beneficiários. Esse modelo dispõe de cobertura de tipo focal, e seu acesso é garantido apenas mediante a comprovação de que os meios dos beneficiários são inferiores àqueles acessíveis aos outros cidadãos. Tal sistema gera o que os autores chamam de cidadania invertida, ou seja: estigmatiza os beneficiários como incapazes, razão pela qual precisariam de proteção específica.

O outro tipo de política social apontado pelos autores, e relevante para a política de saúde indígena, é o da seguridade, que é o modelo que fundamenta a criação do SUS – pautado pelo princípio da justiça social. Este tem, entre seus efeitos, a ampliação da capacidade redistributiva dos bens disponíveis na sociedade, gerando um *status* de direito de cidadania. Provê cobertura universal dos serviços que disponibiliza e garante o acesso a todos os cidadãos em função de suas necessidades.

Os modelos de política social aqui sumarizados expressam os dois tipos de políticas sanitárias disponíveis para a população indígena no Brasil. A ação indigenista clássica ofertou atendimento à saúde, efetivado pelo Serviço de Proteção aos

Índios (SPI) e pela Funai, mediante um modelo do tipo assistência social que, aliás, foi usado no país não apenas para as minorias étnicas, mas também para enquadrar e disciplinar os pobres, os desviantes e a população rural. Na política indigenista anterior à Constituição de 1988, o acesso às ações de saúde só era garantido aos grupos indígenas submetidos à tutela do órgão indigenista, ou seja, aqueles considerados juridicamente incapazes. A comprovação de sua identidade étnica pelos representantes do Estado seria a principal forma de habilitá-los como beneficiários das políticas assistenciais do poder público brasileiro.

Nesse caso, a recepção de benefício seria dependente do poder discricionário de um funcionário que atestasse o enquadramento de um grupo ou de um indivíduo nos requisitos estabelecidos pelo órgão indigenista. Mais do que o não reconhecimento de um direito de cidadania, esse modelo instituiu uma permanente situação de carência e de incapacidade, que passou a ser associada à condição étnica. Na sociedade brasileira, tal condição tende a ser periodicamente questionada pelos grupos hostis às minorias indígenas, de modo que estas precisam reafirmar periodicamente sua condição de dependentes do Estado para fazer jus às políticas assistenciais a elas dirigidas.

A Constituição de 1988 promoveu uma alteração radical nesse estado de coisas ao instituir o reconhecimento do direito dos indígenas, não por uma condição de tutelados vulneráveis, mas sim pela ancestralidade de sua presença no território hoje ocupado pela nação brasileira. Essa mudança de estatuto jurídico alicerçou a criação do Subsistema de Saúde Indígena, regido pelo modelo da seguridade que garante ao índio o direito de receber um atendimento diferenciado.

Entretanto, a transição entre os dois modelos de política social é um processo lento. O que se observa hoje no cenário indigenista é uma condição híbrida em que coexistem as duas estratégias de proteção social, configurando uma matriz institucional mista que fundamenta o modelo de indigenismo sanitário atualmente vigente. Apesar dos avanços, persiste o pressuposto fundante da própria ação indigenista: o indígena não tem a possibilidade de buscar atenção à saúde por seus próprios meios, razão pela qual necessita de uma política compensatória de proteção social.

No período subsequente à Constituição de 1988, a adoção do direito ao autorreconhecimento tornou a definição da identidade étnica algo mais fluido, cujos limites são reiteradamente testados pelo crescente movimento de re-etnização de populações antes não reconhecidas como indígenas, algo que é mais perceptível no Nordeste do país. A abolição do monopólio estatal do direito a reconhecer *quem é indígena e quem não é* remeteu aos próprios grupos o direito – e a responsabilidade – de definir quem pode ter acesso às políticas diferenciadas de proteção social.<sup>4</sup>

Todavia, a tradução desse princípio ético-político em ações concretas, como as de educação e de saúde, causa dificuldades para os órgãos públicos que atuam de modo rígido, estipulando cálculos de metas por beneficiários e de custos equi-

valentes (Verdum, 2005, s.d.), mostrando-se incapazes de acompanhar a fluidez da identidade étnica. Essa dinâmica identitária, por sua vez, implica elevado grau de flutuação dos indicadores demográficos, na medida em que aos fatores biológicos de crescimento da população adicionam-se dimensões políticas que alteram com muita rapidez o perfil demográfico esperado, o que também dificulta a programação adequada de coberturas assistenciais pelo sistema de saúde.

Ainda que a Constituição de 1988 tenha restringido o autoritarismo do órgão indigenista, ela não propiciou a instalação de um pacto social que favorecesse a geração de consensos sobre os beneficiários das políticas sociais culturalmente específicas. Na ausência de critérios claros sobre o perfil dos destinatários das políticas diferenciadas, predominam as conjunturas locais e as correlações de forças instituídas entre os grupos indígenas e o poder público. Uma alternativa possível para esse dilema seria abolir a necessidade de se comprovar a identidade indígena ao garantir o acesso às políticas de saúde por meio da universalização da assistência. Esse foi o caminho adotado pelo SUS quando optou pelo modelo da seguridade social e não pelo modelo de seguro saúde, para cujo acesso o beneficiário necessitaria comprovar vínculo empregatício e contribuição prévia ao sistema de seguro. Porém, para se adotar no subsistema o caminho da universalização, tal como no SUS, o preço a se pagar seria a abolição do princípio da diferenciação étnica que rege a própria existência de uma política específica para as minorias indígenas.

Outro vetor não equacionado nas políticas de saúde indígena é o caso das populações urbanizadas que, no atual estado de coisas, não gozam do direito à atenção diferenciada à saúde; a elas aplica-se o pressuposto implícito de que devam recorrer ao SUS como qualquer cidadão brasileiro. Esse problema não vem sendo enfrentado pelo subsistema, que tem direcionado preferencialmente suas ações para as populações que vivem no interior de terras demarcadas.

A discriminação dita positiva destinada a beneficiar grupos prejudicados por políticas sociais de caráter homogeneizante implica uma revisão do conceito de igualdade simples em favor de uma noção de igualdade complexa, em que diferenças de gênero, raça, etnia e outras devem ser tratadas como singularidades que demandam tratamento especial nas políticas sociais de caráter universalizante (Fleury & Ouverney, 2008). Esse conjunto de valores e objetivos díspares e de origens tão diversificadas pode ser considerado a matriz que orienta a configuração da atual PNASPI.

Nesse âmbito, a saúde indígena se relaciona diretamente com uma polaridade que perpassa a discussão sobre as políticas sociais no Brasil, que é a tensão entre universalismo e focalização dos seus beneficiários.

## Focalização *versus* Universalização dos Direitos à Saúde

Nos anos 1990, o princípio da universalidade foi reiteradamente questionado pelos dirigentes maiores do país, mais comprometidos com o ajuste fiscal do que com as propostas redistributivas de políticas sociais como o SUS, que tem como uma de suas diretrizes estruturantes esse princípio.

Costa (2009), entre outros autores, analisou as políticas sociais do período, marcadas pela chamada universalização restrita, equivalente, segundo ele, à focalização, ou seja, ao direcionamento das políticas sociais para os grupos mais desfavorecidos na estrutura econômica. Para o autor, tais estratégias estariam diretamente ligadas aos constrangimentos fiscais gerados pela política de estabilização monetária adotada pelo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e mantida na década seguinte pelo governo Lula. A adoção dessa alternativa teria gerado, entre suas consequências, a restrição do sistema de proteção social abrangente, proposto pela reforma sanitária, e do financiamento do gasto público dirigido às políticas sociais, como a de saúde, particularmente no período Lula.

Costa (2009) faz uma análise comparativa das agendas sociais dos governos FHC e Lula. Para ele, ainda que FHC tenha inaugurado a agenda de focalização do investimento público em grupos vulneráveis, seu governo não teria interrompido, ou desacelerado, a descentralização federativa dos recursos para saúde e educação, em que pese a existência de uma agenda mais geral da reforma administrativa, que preconizava a redução do papel do Estado no país. Posição similar é encontrada em Draibe (2003), para quem o governo FHC logrou uma combinação equilibrada entre o enfrentamento da pobreza por meios de programas focais e a manutenção e diversificação de programas universais, característicos das políticas sociais como a educação e a saúde.

Já para o primeiro governo Lula, Costa (2009) demonstra que houve redução dos recursos destinados às políticas sociais de educação, saúde e saneamento, em concomitância à priorização do Programa Bolsa Família, caracterizado pelo autor como uma típica política de focalização, expressa na canalização dos investimentos sociais para os estratos mais pobres da população, como já dito anteriormente. Segundo o mesmo autor, e tomando como base de comparação o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil para o período, o governo Lula teria promovido uma redução nos gastos sociais do tipo universalista, como a saúde e a educação, em favor do programa de transferência de renda, em comparação aos investimentos feitos nos dois mandatos de FHC. É ainda Costa (2009) quem aponta para uma estagnação na evolução dos gastos sociais pelo governo federal, no período compreendido entre 2003 e 2009, associada não apenas à canalização dos recursos para o Bolsa Família, mas também à manutenção da política de superávit fiscal que continuou



a ser conduzida pelos órgãos da área econômica, tendo mesmo se aprofundado no governo Lula.

Druck e Filgueiras (2007) e Marques e Mendes (2004, 2007), que fazem uma crítica ainda mais incisiva às iniciativas de focalização do governo Lula, também identificam uma continuidade entre as políticas macroeconômicas dos governos FCH e Lula e apontam a influência dessas políticas nos investimentos em políticas voltadas para a melhoria estrutural das condições de vida, dada a precedência atribuída ao pagamento da dívida externa. Enfatizam a ingerência exercida por instituições multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, para as quais o equacionamento da dívida externa demandaria a redução dos investimentos sociais – o que teria se traduzido, entre outras medidas, no direcionamento das políticas sociais para grupos extremamente vulneráveis. Para esses autores, o Programa Bolsa Família expressaria o eixo principal das estratégias de focalização no governo Lula.

Cohn (2005) também problematiza a universalidade, reconhecida como um direito básico de cidadania e um dos princípios estruturantes do SUS, e interroga sobre as interfaces entre esse direito e a estratégia de focalização adotada pelos governos nos anos recentes. A autora, porém, explora um ângulo diferente da questão, ao correlacionar o tema da focalização com a existência de desigualdades enfrentadas por grupos diferenciados na sociedade, tais como etnias, raças, mulheres e outros, que precisariam de proteção específica para o atendimento às suas necessidades.

Para Cohn (2005), há no Brasil uma ideia subjacente de que a pobreza seria o principal problema social, paulatinamente equacionado com a melhoria geral da renda da população. Esse posicionamento não atribuiria realce à existência de problemas específicos enfrentados pelas minorias. Nesse caso, a cidadania poderia ser entendida como um direito economicamente determinado, dependente da inserção dos indivíduos no mercado de trabalho, que garantiria o acesso às políticas de proteção social. Essa via interpretativa pressupõe que o desenvolvimento econômico geraria automaticamente o desenvolvimento social, uma tese que a história do capitalismo avançado provou ser falsa. A autora relembra que a flexibilização e a precarização do trabalho no capitalismo tardio vêm reduzindo a oferta e o acesso aos postos de trabalho, bem como às políticas de proteção social, o que pode ocorrer mesmo entre aqueles efetivamente empregados.

No entender de Cohn (2005), se no passado a vinculação a um posto de trabalho era um meio de prover o acesso aos direitos de cidadania, isso não seria mais uma realidade no mundo atual, em que as desigualdades sociais não são reduzidas pela via do trabalho e da contribuição de impostos. A autora reconhece que alguns grupos na sociedade necessitam de proteção específica das políticas sociais para a redução das desigualdades. Nesse sentido, ela entende que políticas sanitárias dirigidas às minorias não representam estratégias conflitantes com as lutas

pela universalização dos direitos de cidadania, representando, ao contrário, modos de efetivar a universalização sem descuidar das especificidades dos grupamentos sociais a quem as políticas públicas são dirigidas.

Todas essas abordagens remetem o campo da saúde indígena ao tema da focalização, seja pela inclusão dessas minorias nos investimentos dirigidos aos grupos em situação de alta vulnerabilidade, seja pelo reconhecimento de que suas singularidades culturais demandam estratégias específicas e políticas sociais diferenciadas. Nessas circunstâncias, a tensão entre universalização e focalização gerou uma conjuntura que oportunizou a inclusão e a visibilidade dos povos indígenas no campo das políticas de saúde no Brasil, além de maior participação no orçamento público destinado à satisfação de suas necessidades sanitárias.

No âmbito do SUS, orientado pelo princípio da universalização, a adoção de uma política de atenção diferenciada também implica certa relativização do princípio da equidade. Assim, a implantação do Subsistema de Saúde Indígena pode ser entendida como um tipo de discriminação positiva – uma ampliação da noção de equidade – na busca de ofertar oportunidades desiguais (maiores) àqueles que ocupam localizações menos privilegiadas no tecido social. Desse modo, o incremento das possibilidades de acesso das minorias aos serviços de saúde implica também ampliar suas possibilidades de usufruir dos direitos sociais já disponíveis para outros cidadãos.

Cabe lembrar, entretanto, que a existência do Subsistema de Saúde Indígena não é consensual no SUS. Ali, muitos ideólogos que abraçam a proposta da universalização rejeitam alternativas como a atenção diferenciada, por considerá-la um tipo de focalização de políticas públicas que deveriam ser dirigidas a todos indiscriminadamente. Tal desconhecimento – ou mesmo oposição, a depender do caso – das necessidades específicas das minorias étnicas tem dificultado a efetiva incorporação da temática indígena às instâncias maiores de decisão do SUS.

## Atores e Cenários Políticos Relevantes na Operacionalização da Política Nacional de Saúde Indígena

Autores como Arretche (2005) Arretche e Vasquez (2009) e Cortes (2009) ao estudarem a implantação e a operacionalização do SUS, relembram que a política de saúde, tal como outras políticas públicas, é produto da conjunção de forças díspares (burocráticas, empresariais e de outros grupos de interesse), não raro conflituosas, cuja interação gera produtos novos, mas não necessariamente coincidentes com as correntes de poder e influência que lhes deram origem (Jobert & Muller, 1987; Muller, 1990). Sendo uma política social, a política de saúde é estritamente ligada ao contexto em que se desenvolve. É dependente dos mediadores sociais – ou

seja, dos agentes políticos que pensam, propõem e agem visando a operacionalizar determinada ação social, em busca de solucionar problemas priorizados pela sociedade, num período definido de tempo (Arretche & Vasquez, 2009).

É Arretche quem remete os princípios e modelos que configuram o SUS à história política do Brasil; ela demonstra que, ao longo do tempo, o governo federal emergiu como vetor principal de tomada de decisão, instituindo-se como instância de maior acumulação de capacidades gerenciais e técnicas, em comparação com os níveis estaduais e municipais de gestão. Para a autora, esse movimento é congruente com a tendência brasileira à centralização do poder, agravada pela sucessão de governos autoritários que canalizaram o poder de mando para o nível central de governo e garantiram seu protagonismo na gestão das políticas de saúde. Nessa conjuntura, boa parte do movimento da Reforma Sanitária pode ser interpretada como uma luta em favor da descentralização<sup>5</sup> de verbas e de poder de decisão para os níveis locais (Arretche, 2003, 2005; Arretche & Vasquez, 2009).

A tensa relação entre esses níveis de governo caracteriza o que Arretche e Vasquez (2009) denominam de “um conflito federativo”, entendido como algo inerente à própria estrutura do SUS. Na interação de instâncias locais, como o poder municipal, estas sempre buscam ampliar sua participação no processo decisório e obter, das fontes federais, financiamento para as ações de saúde. Já o nível federal, representado pelo Ministério da Saúde, tenderia a agir visando a manter sua prerrogativa de definir os rumos da ação sanitária e a reduzir progressivamente sua participação no financiamento das ações de saúde.

O cenário descrito por Arretche para o SUS como um todo é de particular interesse para o entendimento da Política de Saúde Indígena. Nesse campo, vários são os mediadores sociais que precisam ser apreendidos e incorporados na análise. Dentre eles, são relevantes os protagonistas do indigenismo clássico, que moldaram a ideia de que o governo federal seria o único agente capaz de operacionalizar adequadamente uma política pública dirigida aos povos indígenas no Brasil. Outros atores políticos de interesse são os sanitaristas partidários da doutrina do SUS que aportaram as propostas da atenção primária à saúde aos princípios do indigenismo e vêm lutando pela incorporação da temática indígena na agenda nacional da política de saúde (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Varga, 1992, 2010).

Igualmente relevantes – e com forte capacidade de interveniência – são o Banco Mundial e as organizações não governamentais (ONGs) do movimento ambientalista que vincularam a questão indígena à temática da preservação ambiental, exercendo presença marcante nas políticas públicas voltadas para as minorias étnicas no Brasil.

No Brasil, a década de 1990 foi a de maior afluência das ONGs. Essas entidades, atuantes nos mais diversos tipos de políticas sociais, tiveram papel bastante relevante na configuração e na operacionalização do Subsistema de Saúde Indígena. Tanto atuaram no assessoramento ao movimento indígena, que emergiu como ator

político-reivindicatório no controle social do indigenismo sanitário, quanto capitanearam denúncias, em níveis nacional e internacional, que forçaram respostas do poder público visando a promover a melhoria das condições de saúde das minorias étnicas (Verdum, 2009a; 2009b).

A presença das ONGs também se revelou importante no processo de compra de serviços de terceiros (terceirização)<sup>6</sup> pelo governo federal, uma vez que várias entidades de defesa dos direitos à diferença étnica estabeleceram, nos anos seguintes à implantação do Subsistema de Saúde Indígena, convênios com a Funasa para efetuar a prestação de serviços de saúde aos povos indígenas, em diversas regiões do país. A atuação dessas entidades se concentrou principalmente na Região Amazônica, o que pode ser entendido como um reflexo da vinculação entre as lutas pela preservação da floresta e dos povos que nela vivem (Garnelo & Sampaio, 2005; Varga, 2010).

A globalização da base econômica em escala planetária favoreceu a afluência de instituições supranacionais com interveniência nas políticas internas dos Estados-nação; é o caso do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e de agências do Sistema Nações Unidas, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) que também têm desempenhado papel relevante no campo da saúde.

Viana e Baptista (2008) formularam uma tipologia dos modelos de análise de políticas públicas, na qual destacamos o chamado *improved model*, em que exploram a ideia de que o contexto da política internacional molda a seleção e a priorização de certos problemas e a inibição de outros na ação de Estado, bem como direciona ações de defesa (*advocacy*) de causas percebidas como prioritárias pela opinião pública mundial. Este é o caso específico das lutas pela preservação ambiental e pelos direitos das minorias étnicas, aqui analisadas (Verdum, 2009c; Oliveira Filho, 2000).

As mesmas autoras identificam uma crescente influência do Banco Mundial no período compreendido entre 1980 e 2000, particularmente na proposição de medidas de ajuste fiscal de países devedores e redirecionamento do investimento em políticas sociais para os grupos mais desfavorecidos da sociedade. Nesse âmbito, o Banco surge como uma força contrária ao princípio da universalização do SUS. Já no campo específico da saúde indígena, ele desponta como um agente de incentivo e financiamento que induz à priorização das políticas sociais voltadas para grupos considerados vulneráveis.<sup>7</sup>

No período antecedente à Lei Arouca, quando a Funasa desfrutava de precária legitimidade para exercer a gestão da política de saúde indígena, o Banco Mundial teve importante participação nesta política para minorias, na medida em que incorporou a temática – com o respectivo financiamento das ações ali pactuadas – ao

ambicioso Programa de Controle da Malária na Amazônia (PCMAM). O componente de saúde indígena albergado no PCMAM contemplava não apenas o controle da malária, mas também um amplo conjunto de ações de atenção primária à saúde (APS) que foram as primeiras efetivamente executadas pela Funasa em favor das populações indígenas logo após a criação desse órgão (Confalonieri *et al.*, 1993). O Banco Mundial igualmente financiou o primeiro diagnóstico sistemático sobre o perfil epidemiológico da população indígena brasileira visando a subsidiar a tomada de decisão (Confalonieri *et al.*, 1993). O diagnóstico foi produzido, contudo não se observou interesse dos dirigentes da Funasa em utilizá-lo como auxílio à tomada de decisão. Alguns programas que sucederam o PCMAM, tais como o Projeto Vigisus I e II e outros, também priorizavam as populações indígenas e representaram um significativo aporte de recursos adicionais às fontes orçamentárias rotineiras disponibilizadas para a Funasa.

A partir da Constituição de 1988, os povos indígenas emergiram também como vetores políticos importantes, senão de proposições, pelo menos de reivindicações e de poder de veto a certas iniciativas do governo central, bem como dos DSEIs.<sup>8</sup> Tais iniciativas receberam importante reforço do Ministério Público, que tem atuado na defesa dos direitos das minorias étnicas e no monitoramento da atuação dos governantes (Dodge, 1998, 2001).

Por fim, os políticos locais e os sistemas municipais de saúde têm surgido no cenário mais como elementos que obstaculizam do que favorecem a concretização de um subsistema específico para as minorias étnicas. A interveniência desses atores tem se dado mais pela demanda de recursos financeiros da União do que por uma resposta assistencial efetiva às populações indígenas que vivem em seus territórios. Existem poucas publicações sobre a atuação dos municípios no campo da saúde indígena, mas a informação disponível (Chaves, Cardoso & Almeida, 2006; Varga, 2007; Varga & Vianna, 2009; Garnelo & Escobar, 2007) indica que esses sistemas locais de saúde não têm ofertado respostas adequadas às atribuições que concordaram em assumir na prestação de serviços aos povos indígenas.

A movimentação técnico-política dos agentes institucionais que deliberam sobre uma política pode ser apreendida por meio dos dispositivos legais e de normas técnicas que disciplinam e orientam sua operacionalização. Essa via tem sido explorada por autores como Baptista (2007), cuja análise de portarias ministeriais propiciou uma produtiva reflexão sobre a dinâmica da gestão do SUS e do subsistema indígena. Em consonância com as orientações de Baptista,<sup>9</sup> efetuou-se a análise de planos e projetos de gestão e administração maior do governo federal, bem como do SUS e de seu subsistema, além da leitura de leis, decretos, portarias e instruções normativas que tratam da saúde indígena. Esses dispositivos legais já configuram um conjunto expressivo de documentos que cobrem um período compreendido entre o início dos anos 1990, antecedendo a promulgação da Lei Arouca, até 2010, ano de criação da Sesai.

Seguindo a classificação de Baptista (2007), tanto a lei n. 9.649/1998 (que dispôs sobre as obrigações do SUS e incluiu a saúde indígena entre as responsabilidades do Ministério da Saúde) quanto a lei n. 9.836/1999 (Lei Arouca), a lei n. 11.784/2008 (que dispôs sobre Plano de Cargos do Poder Executivo, contemplando os cargos disponibilizados para a saúde indígena), a lei n. 12.314/2010 (que transferiu a estrutura de saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde, antecedendo a criação da Sesai) e a medida provisória n. 483/2010 são dispositivos de gestão e regulamentação do sistema. No caso do Subsistema de Saúde Indígena, pode-se dizer que parte dessa legislação trata da criação de suas estruturas, além da deliberação sobre sua gestão e regulamentação.

Enquadramento similar pode ser dado aos decretos: GM/MS n. 3.157/1999 (que dispôs sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS); GM/MS n. 23/1990; GM/MS n. 1.141/1994, cujo teor já foi analisado; n. 3.799/2001 (que alterou o decreto n. 1.141); GM/MS n. 4.727/2003 (que aprovou o Estatuto da Funasa, mencionando suas atribuições na saúde indígena); GM/MS n. 6.878/2009 (que alterou o decreto n. 4.727/2003 e aprovou novo Estatuto e Quadro Funcional da Funasa, com referências às suas atribuições na saúde indígena, além de conceder autonomia administrativa e financeira dos DSEIs, ainda no âmbito da Funasa);<sup>10</sup> GM/MS n. 7.135/2010 (que criou nova estrutura regimental do MS); e GM/MS n. 7.336/2010 (que alterou a estrutura regimental do MS, incluindo a Sesai entre seus órgãos). O último decreto, já de 2011, foi o GM/MS n. 7.461/2011 (que ampliou o período de transição do repasse das ações de saúde indígena da Funasa para a Sesai).

Também vinculadas à temática da gestão e estruturação do Subsistema de Saúde Indígena, foram identificadas 19 portarias, 62% de um total de 32 disponíveis no portal da Funasa (Quadro 1).

Quadro 1 – Portarias de gestão em saúde indígena

Número e ano da portaria	Teor – gestão e regulamentação do sistema
P. Funasa n. 852/1999	Cria os DSEIs e define suas competências, organização, gestão e seu controle social.
P. GM/MS n. 1.163/1999	Cria o Fator de Incentivo de Atenção Básica e aos Povos Indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena.
P. GM/MS n. 543/2001	Estabelece normas e procedimentos operacionais para concessão e aplicação de suprimento de fundos especial, para atender às especificidades da assistência à saúde indígena.
P. GM/MS n. 254/2002	Institui e regulamenta a PNASPI.
P. GM/MS n. 70/2004	Aprova as diretrizes de gestão da PNASPI.

Quadro 1 – Portarias de gestão em saúde indígena (cont.)

Número e ano da portaria	Teor – gestão e regulamentação do sistema
P. GM/MS n. 399/2006	Institui o Pacto pela Saúde e mantém os fatores de incentivo à saúde indígena.
P. Funasa n. 233/2006	Institui grupo de trabalho de reestudo da abrangência dos DSEIs com a finalidade de promover o levantamento e a sistematização das demandas de alteração da área de abrangência dos distritos existentes e da criação de novos distritos.
P. GM/MS n. 645/2006	Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do SUS, com representante do Departamento de Saúde Indígena (Desai)/Funasa.
P. Funasa n. 1.057/200	Institui o Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica com abrangência no Desai e Dsei.
P. Funasa n. 2.656/2007	Regulamenta os incentivos previstos na portaria n. 1.163/1999.
P. GAB/MS n. 3.034/2008	Estabelece grupo de trabalho com o objetivo de discutir e apresentar novas propostas, ações e medidas de gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.
P. GAB/MS n. 3.035/2008	Retifica composição e atribuições do grupo de trabalho criado pela portaria n. 3.034/2008.
P. Funasa n. 126/2008	Regulamenta o acompanhamento da execução física na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena.
P. Funasa n. 293/2008	Estabelece critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.
P. Funasa n. 274/2008	Regulamenta os estabelecimentos de saúde indígena no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
P. Funasa n. 382/2008	Altera disposições da portaria n. 274/2008.
P. GM/MS n. 1.235/2008	Cria comissão para analisar necessidade de pessoal para atuar na atenção básica aos povos indígenas e definir um perfil de atuação desses profissionais.
P. GM/MS n. 1.922/2008	Cria grupo de trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.
P. GM/MS n. 2.048/2009	Regulamenta a nova estrutura de gestão do Ministério da Saúde e nela inclui a saúde indígena.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados disponíveis no *site* da Funasa (Brasil, 2014).

Ainda nesse conjunto de 32 dispositivos legais havia, na página da Funasa também em 2011, quatro portarias e uma resolução voltadas para a regulação do controle social: resolução MS/CSN n. 293/1999 (cria a Comissão Intersetorial de

Saúde Indígena); portaria GM/MS n. 69/2004 (cria o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas); portaria Funasa n. 266/2004 (designa os membros integrantes do Comitê Consultivo criado na portaria n. 69/2004); portaria GM/MS n. 741/2004 (altera a composição do Comitê Consultivo da PNASPI, instituído pela portaria n. 69/2004); portaria GM/MS n. 644/2006 (institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais).

A regulamentação da prestação de assistência aos povos indígenas foi objeto de apenas sete portarias no período pesquisado: portaria MS n. 1.163/1999 (dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas); a P. MS n. 2.405/2002 (institui o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas); portaria Funasa n. 984/2006 (institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos DSEIs); portaria Funasa n. 1.420/2006 (institui grupo de trabalho encarregado de definir e implementar rede de serviços de saúde mental); portaria Funasa n. 1.476/2006 (aprova as Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas); portaria Funasa n. 1.529/2006 (institui grupo de trabalho para estabelecer parâmetros para abastecimento, armazenamento, distribuição e remanejamento de medicamentos e correlatos, com o objetivo de implantar um Sistema Informatizado de Controle de Insumos pertinentes à saúde da população indígena); e portaria Funasa n. 883/2008 (institui as Comissões Nacional e Distrital de Investigação e Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Indígena). Foi encontrada uma única portaria dirigida ao saneamento e infraestrutura (P. Funasa n. 479/2001, que regulamenta estabelecimentos de saúde e saneamento e estabelece diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde e de saneamento).

O teor desses dispositivos legais permite dizer que a categoria gestão e regulamentação do sistema mereceu grande interesse dos gestores, que geraram 33 instrumentos jurídico-administrativos voltados para instituição e regulamentação da gestão do Subsistema de Saúde Indígena. Em contrapartida, somente sete deles trataram de rotinas e práticas de assistência nos DSEIs. Rigorosamente falando, os cinco dispositivos normativos que tratam do controle social também representam instrumentos de gestão; se enquadrados nessa temática, o número de normativas direcionadas à gestão do subsistema passaria para um total de 38, evidenciando uma super-regulamentação nesse campo. Porém, optamos por não enquadrá-los na categoria Gestão e Regulação do sistema, por entendermos que tais instrumentos regem processos distintos daqueles adotados no poder público para efetuar a administração interna de seus órgãos.

Além da predominância absoluta da temática de gestão e administração restrita ao nível central, foi possível observar que a grande maioria desses dispositivos voltou-se para a regulamentação intra Subsistema de Saúde Indígena. Dentre todos os documentos analisados, apenas o decreto n. 3.156/1999, a portaria n. 1.163/1999 (que criaram, respectivamente, o Fator de Incentivo de Atenção



Básica e aos Povos Indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, passíveis de serem repassados para os municípios), e a portaria GM/MS n. 399/2006 (que se limitou a manter os termos dos já citados incentivos no texto do Pacto pela Saúde) denotaram esforço em promover interação técnica e administrativa entre o subsistema e outras instâncias do SUS.

A disposição inicial para promover a articulação desses dois níveis de gestão parece ter arrefecido nos anos subsequentes à Lei Arouca. Somente se observa a retomada dessa iniciativa com a portaria n. 2.656, já em 2007, que aprimorou a regulamentação dos recursos oriundos da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e repassados diretamente aos municípios para cobrir os incentivos e outras atividades. Ela também regulamentou outras formas de interação entre o subsistema e outros níveis de gestão do SUS, definindo com maior clareza atribuições dos sistemas municipais e estaduais de saúde, bem como das comissões bipartite e tripartite na atenção à saúde indígena.

Curiosamente, a portaria n. 2.656/2007 foi interpretada pelo movimento indígena como uma forma de municipalização da PNASPI, embora ela apenas regulasse a destinação e o uso de recursos oriundos da SAS que já eram repassados aos municípios desde 1999. Sua publicação gerou numerosos protestos indígenas em várias regiões do país, repercutindo nas páginas da *web* de entidades de grande importância política, como a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab), a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn), o Conselho Indigenista Missionário (Cimi), o Instituto Socioambiental (ISA), que publicaram documentos de protesto das organizações indígenas.<sup>11</sup>

Não há meios de aquilatar se houve um equívoco de interpretação sobre a finalidade da portaria – que, afinal, atendia a várias reclamações anteriores por parte dos líderes indígenas – por falta de um adequado entendimento sobre os processos de gestão do SUS ou se a irritação das lideranças indígenas para com os problemas de gestão acumulados pela Funasa simplesmente encontrou um pretexto para eclodir. O certo é que a portaria continuou causando polêmica até sua revogação pelo decreto n. 7.336/2010. Esse decreto, que reestrutura a regulamentação e a gestão do SUS, simplesmente incluiu o teor da portaria n. 2.656/2007 nas suas disposições, mas sua publicação não gerou qualquer protesto. Ele teve também um significado relevante para a institucionalização da saúde indígena no SUS, não apenas por contemplar a criação da Sesai, mas também por demonstrar, de modo inequívoco, a incorporação do subsistema na estrutura principal do Ministério da Saúde e definir com clareza que o espaço da saúde indígena despontava como uma das prioridades da Política Nacional de Saúde.

A oscilação na disposição para instituir um entrelaçamento efetivo dos DSEIs com os sistemas municipais e estaduais de saúde – dos quais o subsistema

depende para suprir atenção integral aos seus usuários – parece ter impedido que se estabelecessem pactos de gestão (quer no interior do subsistema, quer na sua relação com outras instâncias de gestão do SUS) capazes de definir metas e atividades que propiciassem melhoria do acesso e da efetividade da atenção prestada aos indígenas, particularmente para atendimento em unidades de alta e média resolutividades. Ela contribuiu também para manter a condição de isolamento do subsistema desde sua criação, em 1999. Tais medidas de articulação seriam ainda mais necessárias em realidades como a amazônica, em que a grande magnitude da população indígena gera a tendência de superposição entre ambos os sistemas de atenção, ampliando ainda mais a necessidade de se definirem com clareza os fluxos de assistência, de informação e vigilância epidemiológica que nunca ficaram devidamente estipulados na relação entre o SUS e seu subsistema.

### Federalismo, Descentralização, Terceirização: campos de tensão na implementação da Política de Saúde Indígena

A política indigenista tem sido sempre tópico de ação exclusiva do governo federal, e um dos raros pontos de consenso no campo indigenista é o papel destacado do poder central. Ainda que sejam correntes as críticas ao tipo de indigenismo exercido pelo Estado brasileiro, não há dúvida sobre a preferência pela alocação do poder de decisão e execução da política indigenista no nível federal de governo.

Tal consenso sobre a função do governo central na política indigenista tem sido um dos eixos de orientação da Política de Saúde Indígena, cuja atribuição de responsabilidade sanitária é centrada no âmbito federal. Essa orientação representa uma das contradições fundamentais na relação entre o SUS e seu subsistema, cuja implantação se deu exatamente no momento em que a descentralização do SUS ganhava força e organicidade com a Reforma Sanitária em curso. A municipalização, tomada como um princípio estruturante do SUS, mostrou-se um obstáculo à organização do Subsistema de Saúde Indígena, uma vez que este se orientava num rumo oposto à descentralização instituída no país a partir da década de 1980 (Santos *et al.*, 2008; Garnelo, Macedo & Brandão, 2003; Raggio, Pinto & Moraes, 2008).

A Lei Arouca gerou uma contradição essencial no fluxo de atuação do SUS, em face do protagonismo que ela atribuiu ao governo federal. O recém-criado subsistema encontrou um Ministério da Saúde desprovido de meios para executar ações de atenção primária à saúde nas aldeias e sem qualquer possibilidade de reversão a esse respeito, pois a descentralização do SUS vinha sendo efetivada a passos largos pela Reforma Sanitária.

O pressuposto de que o governo federal seria o agente institucional mais adequado para gerir e operacionalizar as ações de saúde indígena não é congruente com as atuais atribuições do Ministério da Saúde, cujo perfil de atuação é mais afeto à gestão e ao monitoramento das ações sanitárias, as quais devem ser executadas pelos níveis estaduais e municipais de poder. Nessa conjuntura, o governo federal não foi capaz de dotar o Subsistema de Saúde Indígena de capacidade operacional para desempenhar suas atribuições legais.

A alternativa encontrada para tentar contornar o problema foi repassar para a Funasa – um braço operacional do Ministério da Saúde, nascido da junção entre a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação Sesp) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam)<sup>12</sup> – a responsabilidade pela saúde indígena.

Ainda que as trajetórias e formas de atuação das duas instituições<sup>13</sup> (ver também o capítulo 5 deste volume) apresentassem marcadas diferenças, ambas tinham em comum a adoção de um modelo de higienismo sanitário, caracterizado pela verticalidade de ação de um órgão federal que institui suas próprias prioridades e cria assimetrias no plano local, seja no trato com a população – objeto a ser civilizado por meio da educação sanitária –, seja no trato com as instituições locais, entendidas como elementos secundários – ou incapazes – de conduzir adequada e eficientemente a ação sanitária. A pouca sensibilidade para com as características locais era expressa em um conjunto padronizado de ações de atenção médica, de enfermagem e de saneamento que orientavam a atuação da Fundação Sesp. Igual procedimento seguia a Sucam, com seus protocolos nacionais de campanhas para o controle de vetores e de comunicantes de doenças transmissíveis, cuja operacionalização transcendia qualquer especificidade do contexto. Esse modelo de atuação, antes hegemônico na saúde pública brasileira, foi historicamente superado pelo movimento da Reforma Sanitária, mas deixou profundas marcas no indigenismo sanitário e ainda continua a repercutir nas estratégias de operacionalização do Subsistema de Saúde Indígena.

Embora a ação tutelar conduzida pelo SPI também congregasse a responsabilidade sanitária pelos povos indígenas, as matrizes ideológicas e operacionais que a instituíam eram as mesmas que orientavam a ação do poder público com relação às populações rurais pauperizadas. Além disso, iniciativas como a do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), criado por Noel Nutels para o atendimento dos indígenas, eram parte integrante do sanitarismo campanhista voltado para o controle de doenças transmissíveis. Este também moldou a proposta de atuação das equipes volantes de saúde (EVS) da Funai, anos depois (Costa, 1987).

Tanto a Fundação Sesp quanto a Sucam tiveram longa história de atuação na Amazônia e estiveram no centro da polêmica que envolveu a consolidação do território brasileiro e a construção de uma identidade nacional, mediada pela

ocupação e civilização dos *sertões* povoados, em grande parte, pelas populações indígenas. Essas populações recebiam alguma cobertura do antigo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu) – uma das instituições que confluíram para a formação da Sucam –, o qual atuou em interface com o SPI por vários anos. Apesar disso, tanto a Sucam quanto a Fundação Sesp tiveram uma atuação marcada pela ignorância, ou desinteresse, das singularidades culturais das populações indígenas que atendiam. Tratava-se, afinal, de uma postura congruente com uma concepção estritamente biomédica e com uma intervenção tecnicista, alheia ao contexto socio-cultural do processo saúde-doença<sup>14</sup> (ver também os capítulos 3 e 5 deste volume).

Essa herança histórica não credenciava a Funasa como o órgão mais adequado para o trabalho com populações indígenas, tarefa que recebeu no mesmo ano de sua criação. A formação de um novo órgão não alterou o anacronismo técnico e político das duas entidades de origem. À medida que a Reforma Sanitária progredia, as atribuições da Fundação Sesp e da Sucam eram progressivamente repassadas aos sistemas municipais de saúde. Ainda que irreversíveis, tais iniciativas produziram considerável resistência por parte de dirigentes e servidores da Funasa.<sup>15</sup>

A extinção da Sucam e da Fundação Sesp expressa o vetor assumido na correlação de forças intrassetoriais que se enfrentaram no albor da Reforma Sanitária; ela representa um marco da transição entre o antigo sistema de saúde do Brasil e a emergência do SUS. A fusão pode ser entendida como uma tentativa de reestruturar um modelo de ação que estava em descompasso com as prioridades da nova política de saúde instituída no país a partir da metade dos anos 1980.

O período compreendido entre 1991, ano da publicação do decreto n. 23/1990, e 1999, data da criação oficial do subsistema pela Lei Arouca, é pouco analisado pelos estudiosos da Política de Saúde Indígena. Trata-se, porém, de um período importante, porque nele se configurou boa parte dos problemas atualmente existentes no campo do indigenismo sanitário.

Analistas da política de saúde no Brasil (Uga *et al.*, 2003; Carvalho, 2001; Cordeiro, 2001; Pasche *et al.*, 2006; Diniz, 1996) informam que o governo Collor (1990 a 1992) caracterizou-se por forte oposição ao movimento de descentralização que vinha sendo impulsionado pela Reforma Sanitária. As iniciativas presidenciais incluíram o veto a diversos itens da Lei Orgânica de Saúde (lei n. 8.080/1990) e um gerenciamento autoritário do SUS, feito por meio da elaboração, à revelia do movimento sanitário, de normas técnicas – as chamadas normas operacionais básicas (NOBs) – no interior do Ministério da Saúde, que obstaculizavam a municipalização do sistema de saúde. Tais medidas reforçavam o poder do governo federal, promovendo a inversão de um dos princípios mais caros ao movimento sanitário que lutava pela reforma da política de saúde.

Nesse cenário, a promulgação do decreto n. 23/1990, retirando da Funai a responsabilidade pelas ações de saúde indígena e repassando-a para o Ministério

da Saúde, pode ser entendida como uma conjugação entre os interesses presidenciais, contrários à descentralização, e a história da política indigenista, pautada pelo protagonismo do governo federal na condução dessa política. Se no plano administrativo o decreto efetuou uma mera transferência das ações de saúde de um órgão federal (a Funai) para outro (o Ministério da Saúde), em termos políticos a entrada do Ministério da Saúde no campo do indigenismo sanitário promoveu uma mudança efetiva na história da política indígena, uma vez que inseriu as lutas pelos direitos das minorias étnicas na cena política da universalização pelo direito à saúde no Brasil.

A reação do órgão indigenista foi negativa, culminando em uma cascata de pressões e denúncias contra a Funasa, que assinalavam particularmente sua inexperiência no trato com a questão indígena. Tais denúncias escamoteavam o fato de que grande parte dos quadros dirigentes da saúde indígena que havia passado a atuar na fundação após o decreto n. 23/1990 era oriunda da Funai, tendo se transferido para o Ministério da Saúde a fim de coordenar o novo setor de saúde indígena.

Entre 1990 e 1999 a tensão entre as duas instituições foi bastante intensa, resultando na derrubada do decreto n. 23, que foi substituído pelo decreto n. 1.141/1994; este devolveu à Funai a responsabilidade sanitária pelos povos indígenas. Logo em seguida, porém, foi promulgada uma resolução normativa (n. 001/1994) que manteve a vinculação do Ministério da Saúde ao campo da saúde indígena para o desenvolvimento de ações preventivas nas aldeias. Esse jogo de decretos evidenciava mais as disputas de poder entre órgãos do governo federal do que qualquer racionalidade técnico-sanitária. O teor da resolução normativa n. 001/1994, que instituiu a divisão entre ações curativas (a serem executadas pela Funai) e as atividades de prevenção (a serem desenvolvidas pela Funasa), é um exemplo da flagrante contradição com o princípio da integralidade das ações de saúde, que desde a década de 1980 orientava a política de saúde no país (Garnelo, 2006).

Na vigência do decreto n. 23/1990, e antes da promulgação da Lei Arouca, o envolvimento da Funasa com o campo indigenista ocorreu principalmente na Amazônia, mais particularmente nos estados do Amazonas e de Roraima, com a implantação do DSEI Yanomami, posto que a motivação do governo Collor ao instituir tal decreto parece ter sido mais política do que sanitária.

No início dos anos 1990, a população Yanomami enfrentava uma grave epidemia de malária – ligada a uma maciça invasão garimpeira em suas terras, – que ameaçava a própria existência desse grupo étnico (Varga & Adorno, 2001; CCPY, 2011). Tal situação gerou uma enxurrada de denúncias internacionais, desencadeando, entre outras medidas, uma movimentação do Banco Mundial, que financiava diversos projetos de desenvolvimento econômico na Região Amazônica. O Banco, que nos anos 1980 havia sido denunciado pelo investimento no chamado

Programa Integrado de Desenvolvimento do Noroeste do Brasil (Polonoroeste), o qual afetou negativamente os povos indígenas em Rondônia e no Mato Grosso, passou a inserir nos contratos que regiam os empréstimos ao Brasil algumas cláusulas de salvaguarda das condições ambientais de territórios amazônicos, bem como de suas populações (Davis, 1993; Davis & Partridge, 1995). Ante a gravidade da situação dos Yanomami, tais salvaguardas foram acionadas, reforçando o fluxo dos que pressionavam as autoridades governamentais para operacionalizar medidas de proteção aos povos indígenas.

Dentre as respostas do governo Collor, destaca-se um conjunto de decretos que retiraram do órgão indigenista (Funai) várias atribuições ligadas às políticas sociais (saúde, educação, produção, meio ambiente), redistribuindo-as pelos ministérios equivalentes. Em consonância com a tendência federalizante do governo Collor e com o cenário de pressões sociais em prol dos Yanomami, a promulgação do decreto n. 23/1990 expressou a resposta do governo para o campo da saúde. Simultaneamente, foi criado o DSEI Yanomami para prover atendimento aos membros daquela etnia. Ainda que o decreto n. 23/1990 repassasse as ações de saúde indígena, em âmbito nacional, ao Ministério da Saúde, a extensão do atendimento aos outros povos, quer na Amazônia, quer em outras Regiões do país, não foi prevista na legislação sanitária então vigente, até a promulgação da Lei Arouca em 1999 (Garnelo, 2006).

Um olhar retrospectivo sobre a restrita abrangência geográfica das ações governamentais em saúde indígena nesse período reforça a ideia de que a movimentação das autoridades foi mais conjuntural e reativa ao momento político do que estrutural, no sentido de uma resposta permanente aos problemas sanitários enfrentados pelas minorias indígenas que vivem no país. No entanto, se a atuação da Funai foi considerada insatisfatória, a transferência de sua responsabilidade sanitária para um órgão que não dispunha de condições para executar suas atribuições a contento também não representou vantagem significativa para a melhoria da qualidade da prestação de serviços (CCPY, 2011).

Como o decreto n. 23/1990 não autorizou – nem regulamentou – a contratação de funcionários para atuação em saúde indígena, a entrada da Funasa no campo do indigenismo sanitário se fez mediante a contratação de mão de obra temporária para desenvolver as ações de saúde. Paralelamente, o desmantelamento da capacidade instalada da instituição progredia, em face da municipalização em curso e da perda de importância, no cenário nacional, do modelo federalista que caracterizava sua atuação.

O ingresso do Subsistema de Saúde Indígena na Funasa terminou por reforçar a permanência de um órgão pouco permeável às diretrizes do SUS e que continuou a atuar, apesar de ter sua extinção já deliberada na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992. Por sua vez, o modelo centralizado de gestão da Funasa, aliado

à sua baixa capacidade operacional, não habilitou a entidade a promover a necessária extensão de cobertura às populações aldeadas, que, até então, não contavam com a assistência do SUS, nem a buscar alianças institucionais que viabilizassem a assistência com base no plano local/municipal (Varga & Adorno, 2001).

Essa configuração institucional definiu a base operacional do Subsistema de Saúde Indígena e gerou uma contradição que até hoje permanece obstaculizando a efetividade da sua intervenção: a de como conciliar um modelo federalista de atenção com um SUS de base municipal.

Ao contrário do SUS, que enfrentou importantes embates com a rede privada de serviços de saúde, na saúde indígena os grandes embates institucionais se deram entre dois entes do governo federal, a Funai e a Funasa. Nos anos subsequentes, com a retirada da Funai de cena, as divergências se deslocaram para as interações entre o nível federal e os sistemas municipais de saúde. Nesse âmbito, o Subsistema de Saúde Indígena passou a ocupar um lugar central na polaridade federalismo-descentralização, ainda que esse binômio não tivesse, no campo específico do indigenismo sanitário, o mesmo significado que assumiu no âmbito mais geral da Reforma Sanitária.

O período que antecede a promulgação da Lei Arouca pode ser entendido como algo próximo ao que Kingdon (1984) chama de situação de oportunidade, isto é, um momento inicial na construção de uma política pública, em que o tema emerge como prioritário, num amplo conjunto de decisões a serem tomadas pelo gestor público. No caso da saúde indígena, é o primeiro momento em que ocorre a atuação do Ministério de Saúde pós-Reforma Sanitária, operando como agente político prioritário, num cenário até então monopolizado pela política indigenista conduzida pela Funai, que não tinha afinidade com os rumos gerais da política de saúde instituída no país nem tinha delineado uma política específica para a saúde no leque de suas atividades. A entrada do Ministério da Saúde na cena social promoveu uma alteração significativa no modelo e práticas sanitários dirigidos a esses povos, imprimindo uma nova e irreversível dinâmica nas proposições instituídas nesse campo.

No período, o Ministério Público exerceu importante papel de monitoramento da atuação das instituições que disputavam a hegemonia no cenário da saúde indígena. O órgão produziu pareceres jurídicos e outros posicionamentos públicos, em particular do Ministério Público, que contribuíram para evitar que o Ministério da Saúde se eximisse das responsabilidades com a saúde indígena, uma vez que certos níveis de gestão do órgão relutavam em manter a saúde indígena no escopo de atuação da Funasa (Dodge, 2001).

Se o decreto n. 23/1990 pode ser entendido como um momento inicial de mudança na configuração dos atores-chave na política de saúde indígena, as disputas institucionais persistiram por cerca de oito anos, sem que se superasse

o plano político discursivo na gestão da saúde indígena e sem que suas ações fossem concretamente operacionalizadas nas aldeias. Somente após a promulgação da Lei Arouca, a nova política tomou forma e ocupou algum espaço na agenda da política da saúde (Garnelo, 2006). Essa lei demarca o momento em que a questão da saúde indígena passa, segundo os termos de Kingdon (1984), da agenda sistêmica para a agenda governamental, ou seja, para o espaço de gestão em que um problema é incluído na lista de temas priorizados pelo poder público. Porém, os passos necessários à sua inclusão na agenda decisória do governo, ou seja, na lista de problemas a serem efetivamente enfrentados pelas autoridades do governo, têm sido lentos.

O início da operacionalização do Subsistema de Saúde Indígena ocorreu no governo FHC.<sup>16</sup> Na ocasião estava em curso uma reforma administrativa, que ficou conhecida como Reforma Bresser, que tinha entre seus desígnios a redução do papel do Estado. Daí derivava uma recusa implícita à proposta de universalização do SUS, a qual deveria ser substituída por uma cesta básica de serviços de saúde voltada para os estratos sociais mais vulneráveis.

Altos escalões do governo e o próprio presidente FHC tornaram pública a ideia de um redirecionamento das ações do SUS para os grupos mais desfavorecidos da sociedade, revertendo um dos pilares da Reforma Sanitária – que era a provisão da cobertura, pelo poder público, de todos os problemas de saúde, para todos os brasileiros. O caso indígena parecia ofertar alguns requisitos almejados pelo governo para testar a estratégia de focalização. A conjuntura específica da Reforma Bresser mostrou-se terreno favorável à escolha de rumos pelos quais o subsistema foi implantado: mediante a terceirização de suas ações para entidades de direito privado (ONGs), contratadas em regime de convênio para executar ações de interesse público.<sup>17</sup>

Essa alternativa era uma das que o movimento sanitário havia repudiado com vigor, em anos anteriores, para o SUS como um todo. Além da insistência na contratação de quadros próprios vinculados ao poder público, a descentralização havia-se aprofundado e propiciado o aprimoramento dos mecanismos de transferência de recursos do governo central para os municípios por meio dos fundos municipais de saúde (Ivo, 2004). No SUS, a nova forma de interação entre os níveis de governo propiciou o abandono da celebração de convênios, em favor de repasses diretos de recursos federais para as municipalidades. Tal modalidade de transferência de recursos viabilizava o recebimento regular de verbas, mediante pactuação trienal de metas e atividades, dos recursos advindos do Ministério da Saúde sem necessidade de enfrentar a trabalhosa burocracia dos convênios. O chamado repasse fundo a fundo permitiu manter a regularidade e a agilidade no custeio, propiciando continuidade das ações ao longo de todo o ano fiscal, o que tem impacto positivo sobre a efetividade do sistema.



No caso da saúde indígena essa modalidade de repasse não poderia ser adotada, pois as conveniadas, sendo entidades de direito privado, não eram aptas a se habilitar à transferência fundo a fundo, que só pode ocorrer entre instituições públicas. A partir de 2003, aprofundou-se um sistema misto de repasse de recursos para a execução de ações de assistência aos indígenas, que a rigor já havia sido instituído em 1999, por meio da portaria n. 1.163: foi mantido o sistema de convênios firmados com entidades de direito privado e ampliou-se a transferência de recursos – oriundos da SAS do Ministério da Saúde –, via fundo municipal de saúde, para os municípios com população indígena em suas áreas de cobertura. Também foram firmados convênios com sistemas municipais de saúde, para efetuar contratação de pessoal para atuar no subsistema. Ou seja, duplicou-se a forma de pactuação, firmada tanto entre os entes federativos (governo federal e municípios) quanto com as ONGs, ampliando-se, conseqüentemente, a burocratização da gestão administrativa e financeira das ações do subsistema.

Nessas circunstâncias, a adoção da estratégia do convênio pode ser entendida como um retrocesso administrativo nas relações entre os níveis de governo, sendo, em grande medida, responsável pela descontinuidade das atividades nos DSEIs ao longo dos anos subseqüentes à sua implantação. Por sua vez, os recursos repassados diretamente pela SAS aos fundos municipais de saúde foram alvo de denúncias recorrentes das lideranças indígenas, que alegavam que tais verbas eram utilizadas para outros fins e que não alcançavam os usuários indígenas a quem se destinavam.

Um capítulo específico nesse cenário foram os convênios firmados com as organizações indígenas. Estes ocorreram principalmente na Amazônia, onde o movimento indígena contava com instituições suficientemente estruturadas para efetuar a gestão de recursos públicos. Porém, o repasse súbito de pesadas responsabilidades para essas entidades, despreparadas técnica e administrativamente para assumi-las, comprometeu tanto a qualidade e a efetividade das ações de saúde quanto seu desempenho político, uma vez que sua finalidade primordial era a defesa dos direitos à diferença étnica e não a prestação de cuidados de saúde. Os custos políticos do fracasso dos convênios firmados entre a Funasa e as entidades indígenas é algo que ainda carece de uma avaliação detalhada, mas o prejuízo foi perceptível e redundou na desmobilização e mesmo encerramento das atividades de várias dessas entidades (Garnelo & Sampaio, 2003, 2005).

Em suma, o Subsistema de Saúde Indígena se instalou tardiamente num SUS que já tinha avançado por quase duas décadas rumo à municipalização, instituiu uma política dirigida às minorias num contexto político de luta contra a focalização da política de saúde e adotou estratégias administrativo-financeiras, como a celebração de convênios, que o movimento sanitário já havia repudiado e superado.

Pelas razões expostas, entendemos que a vinculação da saúde indígena à Funasa obstaculizou o processo de gestão político-institucional, com repercussões negativas também no modelo assistencial do subsistema. Ainda que tenha adotado o rótulo da distritalização sanitária, a instituição manteve suas normatizações num amplo grau de generalidade, não detalhando suas concepções e práticas de atenção diferenciada, ou de distrito sanitário. Os atributos específicos desses dois elementos do modelo assistencial nunca foram devidamente explicitados; a Funasa também não definiu adequadamente os níveis de resolutividade das unidades assistenciais dos DSEIs nem emitiu protocolos técnicos que orientassem a atuação distrital e que explicitassem as especificidades necessárias à atuação de serviços de saúde em culturas indígenas – as quais, de resto, não diferem apenas de nossa sociedade, mas são também distintas entre si, demandando diferenciações ainda maiores nos modos de atuação das equipes de saúde, o que não ocorreu.

## Balanço Final

Mais de dez anos após sua implantação, o subsistema não parece ter sido adequadamente absorvido pela corrente principal do SUS, mantendo-se como algo à parte ou, como disseram alguns, como um “SUS paralelo”. Uma das consequências mais importantes dessa condição foi uma crônica carência de meios técnicos para efetivar as ações previstas nos dispositivos legais que o criaram, em que pese o crescimento do orçamento destinado ao financiamento das ações. Dentre as principais carências do subsistema, destaca-se a falta de recursos humanos, o que explica, pelo menos em parte, a opção recorrente pela compra de serviços de terceiros, feita por meio da celebração de convênios, para viabilizar o atendimento nas aldeias.

A análise aqui empreendida permitiu entender, nos moldes propostos por Viana e Baptista (2008), a trajetória de uma aspiração social que logrou transformar-se em uma política incluída na agenda de decisões do governo. Permitiu também mapear os diferentes atores, organizações e forças sociais que exigiram soluções e formularam propostas visando à implantação da PNASPI, bem como algumas das variáveis externas que influenciaram o processo. Igualmente demonstrou como a Política de Saúde Indígena foi instrumentalizada por certos grupos políticos que instituíram estilos decisórios e modos de operacionalização da assistência em moldes muito distintos do que foi preconizado nas conferências de saúde indígena.

Para o período estudado, conclui-se que a Política de Saúde Indígena percorreu os estágios característicos do ciclo de uma política pública: entrou na agenda de prioridades do movimento sanitarista e das autoridades governamentais;

foi formulada; houve a tomada de decisão que a regulamentou e a implementou; e até mesmo passou por um processo avaliativo, ainda que não se faça perceptível a incorporação dos produtos dessa avaliação pelos gestores. Apesar disso, o Subsistema de Saúde Indígena tem-se mantido numa condição periférica na agenda da Política Nacional de Saúde.

Nesse olhar retrospectivo sobre a trajetória do subsistema, vê-se que a *politics*, se entendida como as relações de poder entre os grupos que atuam na Política de Saúde Indígena, foi marcada pela dificuldade na obtenção de consensos entre os atores que exerciam poder e influência em tal campo. A fase inicial foi caracterizada por uma aliança preferencial com entidades consideradas externas ao sistema de saúde, tais como ONGs, entidades indígenas, Banco Mundial e outras, sob a forte influência das prioridades estabelecidas pelas pautas ambientalistas para a Amazônia. Coincidentemente, esse foi também o período de maior confluência e visibilidade e da atuação do gestor público nessa região, revelando uma congruência político-geográfica entre as prioridades do nível central, agências financiadoras internacionais e entidades da sociedade civil, mobilizadas em torno da preservação ambiental, da qual a questão indígena tornou-se um elemento indissociável.

A mobilização de agentes externos à política de saúde favoreceu a tomada de decisão de efetivar uma política de saúde para as populações indígenas no Brasil. Contudo, a baixa capacidade de interveniência desses agentes políticos nos níveis de gestão operacional do Ministério da Saúde dificultou a incorporação das ações de saúde indígena nos espaços maiores de deliberação do SUS. Além disso, a escolha da Funasa como órgão de operacionalização do subsistema agravou o distanciamento e a fraca incorporação da temática indígena nos planos de ação do poder público, perpetuou a baixa capacidade técnica do órgão para atender às necessidades dos grupos atendidos e manteve o modelo vertical, centralizador e autoritário que caracterizou a atuação da Funasa e dos órgãos que a geraram.

Se no governo FHC os agentes políticos externos tiveram relativa capacidade de interveniência nos rumos do Subsistema de Saúde Indígena, ao longo dos dois governos do presidente Lula essa orientação foi redirecionada para o interior da própria Funasa, intensificando o controle do nível central e das coordenações estaduais sobre rumos da PNASPI, mas sem alcançar avanços significativos na capacidade de operacionalização do subsistema e no aprofundamento das interfaces com os outros níveis de gestão e de execução do SUS, em que pese o expressivo crescimento do financiamento das ações de saúde indígena no período.

Ainda que a atuação da sociedade tenha logrado criar uma situação de oportunidade (Kingdon, 1984) que favoreceu a emergência da PNASPI e a instituiu como prioridade na agenda política dos dirigentes, a resposta do Estado se mostrou contraditória. Por um lado, as autoridades responderam positivamente a essa demanda alocando esforços jurídicos, políticos, técnicos e financeiros para a criação

do Subsistema de Saúde Indígena; por outro, instituíram uma operacionalização que se mostrou perversa, desperdiçadora de recursos e pouco capaz de atender, de maneira ética e tecnicamente eficaz, às responsabilidades que lhes foram atribuídas para atuar em níveis de gestão e execução das ações de saúde nas aldeias, persistindo e ampliando os vários níveis de clivagem entre os principais atores políticos que intervêm nesse cenário.

## Notas

- <sup>1</sup> Este capítulo foi produzido originalmente no âmbito do Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia, Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – Pronex/Fapeam/CNPq, edital 003/2009.
- <sup>2</sup> Fleury e Ouverney (2008: 37-38) conceituam política social como um “conjunto de ações que objetivam a promoção da igualdade e do bem-estar, enfatizando assim os valores que guiam tais ações (...). As ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social consistem no que chamamos de política social (...) [e] envolvem o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais”. No caso específico das políticas de saúde, as autoras ressaltam que suas características mais difundidas são o caráter setorial, sua organização em acordo com normas legalmente construídas e o compromisso maior com a qualidade de vida da população. A esse respeito, ver também Souza (2006) e Frey (2000).
- <sup>3</sup> O órgão recebeu inicialmente a sigla FNS, que depois foi modificada para Funasa. Usaremos aqui prioritariamente a sigla Funasa.
- <sup>4</sup> Oliveira Filho (1999a, 1999b) tem abordado o tema da dinâmica das identidades étnicas e os limites éticos e técnicos das instituições na lide com elas. Em publicação de 2000, o autor analisa especificamente as dificuldades de técnicos do Banco Mundial (BM) em encontrar (ou produzir?) características funcionais ou morfológicas passíveis de aplicação a todos os grupos indígenas no Brasil, de modo a identificar beneficiários (ou prejudicados) das intervenções do BM. Boa parte da argumentação do autor nessa publicação gira em torno da análise da inadequação e da pouca factibilidade de tal empreitada (Oliveira Filho, 2000).
- <sup>5</sup> Sobre o conceito de descentralização e a trajetória seguida por essa estratégia de gestão no SUS, ver também Tobar (1991), Silva (1996), Costa (2001), Barreto Jr. e Silva (2004), Ugá e colaboradores (2003), Souza (2006), Lima e Maio (2010); Viana e colaboradores (2002), Viana, Lima e Oliveira (2002), Vieira (2008).
- <sup>6</sup> O conceito de terceirização aqui adotado se refere ao processo político-administrativo de transferência total ou parcial das atribuições essenciais do Estado para a esfera privada (Fernandes, 1994).
- <sup>7</sup> Para uma crítica à noção de vulnerabilidade utilizada pelo Banco Mundial, ver Oliveira Filho (2000).

- <sup>8</sup> Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são sistemas locais de saúde encarregados de prover atenção à saúde dos povos indígenas que vivem em suas respectivas áreas de abrangência.
- <sup>9</sup> Em seu estudo, Baptista (2007) agrupou as portarias do Ministério da Saúde em quatro grandes eixos temáticos: 1) Gestão e organização do sistema e da assistência à saúde; 2) Financiamento; 3) Programas e ações verticais em saúde; 4) Outras. Todos os eixos congregavam temas mais específicos contidos nos textos das portarias. Aqui nos limitaremos a citar os temas do eixo “Gestão e organização do sistema e da assistência à saúde”, por ser o de maior interesse para a análise da PNASPI. Na categorização de Baptista, esse eixo agrupa os seguintes temas: 1) regulamentação do sistema: normas operacionais, estratégias para a descentralização, planejamento e funcionamento de comissões, regras para o controle e avaliação do sistema; 2) organização da estrutura: mudanças na estrutura do Ministério da Saúde, cargos, funções e secretarias; 3) regulamentação de rotinas: organização dos fluxos e práticas gerenciais do sistema; 4) habilitações: municípios e estados habilitados conforme as regras das normas operacionais e condições de gestão propostas; 5) licitações e cadastro: autorização, credenciamento ou descredenciamento para o funcionamento de unidades e serviços de saúde.
- <sup>10</sup> O decreto n. 4.727/2003 foi revogado pelo decreto n. 7.335/2010, que regulamentou as novas atribuições da Funasa após o remanejamento da saúde indígena para a Sesai.
- <sup>11</sup> Notas de protesto e denúncias na imprensa foram dispostas, na época, nas páginas da *web* dessas instituições, disponíveis nos endereços: <[www.socioambiental.org](http://www.socioambiental.org)> (acesso em: 13 maio 2011); <[www.cimi.org.br](http://www.cimi.org.br)> (acesso em: 13 maio 2011); <[www.foirn.org.br](http://www.foirn.org.br)> (acesso em: 23 jun. 2011) e <[www.coiab.com.br](http://www.coiab.com.br)> (acesso em: 23 jun. 2011).
- <sup>12</sup> A recém-criada instituição recebeu também as atividades das Secretarias Nacionais de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e de Programas Especiais de Saúde (SNPES), ambas do Ministério da Saúde e da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).
- <sup>13</sup> Tanto a Fundação Sesp quanto a Sucam, bem como as ações sob sua responsabilidade, foram objeto de diversas publicações, que correlacionaram políticas gerais de saúde pública com a atuação da Fundação Sesp (caso das políticas de saneamento) e da Sucam (caso das ações de controle de endemias rurais), ou a trajetória e operacionalização de ambas as instituições. Para mais informações, ver Silva (2003), Varga (2007), Campos (2006), Castro-Santos, 1985), Hochman (1998), Moraes (2000), Lima e Maio (2010).
- <sup>14</sup> A esse respeito, ver Teixeira (2008).
- <sup>15</sup> O relatório de auditoria do TCU (Brasil, 2007) mostra que, ao contrário da alegada carência de pessoal, a Funasa tinha, no nível central, um grande número de servidores cedidos – e não redistribuídos – para outros órgãos, o que onerava seu orçamento e não contribuía para melhorar seu desempenho. O TCU aponta também redundância no organograma e no regimento do órgão, de setores e funções gratificadas, referentes a atribuições já repassadas, há vários anos, a outros órgãos do SUS, configurando a persistência do paralelismo da atuação da Funasa com outras instâncias do SUS.
- <sup>16</sup> É extensa a literatura que analisa as políticas sociais do governo FHC e suas implicações no SUS, assumindo posições favoráveis e contrárias a elas. Assinalamos como importante para

esta análise Bresser Pereira (1998), Gerschman (1999), Barbosa e Elias (2010), Cohn (2000), Cordeiro (2001), Levcovitz, Lima e Machado (2001), Draibe (2003), Viana, Fausto e Lima (2003), Ivo (2004), Barreto Jr. e Silva (2004), Machado, Baptista e Lima (2010). Já Hoffman e colaboradores (2004) tratam especificamente da política indigenista na era FHC.

- <sup>17</sup> Sobre a interação entre o poder público e o Terceiro Setor, ver Fernandes (1994), Falcão Martins (1998) e Lopes (2004).

## Referências

- AITH, F. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do Estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. *Revista de Direito Sanitário*, 9(3): 115-132, 2009.
- APPOLINÁRIO, F. *Dicionário de Metodologia Científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2009.
- ARRETICHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 331-345, 2003.
- ARRETICHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S. & EDLER, F. C. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- ARRETICHE, M. & VASQUEZ, D. A. Descentralização, instituições políticas e autonomia: padrões de gasto dos governos locais no Brasil. In: CONGRESS OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION, I, 2009, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://lasa.international.pitt.edu/members/congress-apers/lasa2009/files/ArretcheMarta.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2012.
- ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implementação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 425-431, 2001.
- BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3): 615-626, 2007.
- BARBOSA, N. B. & ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.483-2.495, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARRETO JR., I. F. B. & SILVA, Z. R. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *São Paulo em Perspectiva*, 18(3): 47-56, 2004.
- BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Linguísticas*. São Paulo: Edusp, 1996.

- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo Relatório de Auditoria na Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de Auditoria de Natureza Operacional Fundação Nacional da Saúde – Funasa, 2007*. Disponível em: <[http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas\\_governo/areas\\_atuacao/saude/Relat%C3%B3rio%20de%20Auditoria\\_0.pdf](http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Relat%C3%B3rio%20de%20Auditoria_0.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Funasa. *Site*. Disponível em: <[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*, 45: 49-95, 1998.
- CAMPOS, A. L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção História e Saúde).
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6: 2: 435-444, 2001.
- CASTRO-SANTOS, L. A. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 28(2): 237-250, 1985.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). *A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M. & ALMEIDA, C. Implementação da Política de Saúde Indígena no Polo-Base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2): 295-305, 2006.
- COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, 11(2): 183-197, 2000.
- COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S. & EDLER, F. C. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- COMISSÃO PRÓ-YANOMAMI (CCPY). *Saúde Indígena: impasse no modelo de gestão – a saga das reformas na saúde indígena (1967-1999)*. Disponível em: <[www.socioambiental.org/banco\\_imagens/pdfs/ccpy.pdf](http://www.socioambiental.org/banco_imagens/pdfs/ccpy.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2011.
- CONFALONIERI, U. et al. *Amazon Health Report*. Diagnóstico sanitário de populações indígenas da Amazônia, patrocinado pelo Banco Mundial e pelo Royal Tropical Institute (Amsterdã), 1993.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 319-328, 2001.
- CORTES, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7): 1.626-1.633, 2009.
- COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(3): 388-340, 1987.

- COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.
- COSTA, N. R. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 693-706, 2009.
- DAVIS, S. H. *The World Bank and Indigenous People*. Denver Initiative Conference on Human Rights, University of Denver Law School, Denver, Colorado, April 16-17, 1993. Disponível em: <[www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/11/14/000012009\\_20031114144132/Rendered/PDF/272050WB0and0Indigenous0Peoples01public1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/11/14/000012009_20031114144132/Rendered/PDF/272050WB0and0Indigenous0Peoples01public1.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- DAVIS, S. H. & PARTRIDGE, W. *Promoting the Development of Indigenous Peoples in Latin America*. The World Bank, 1999. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTRANETSOCIALDEVELOPMENT/873351-1111663716403/20600877/Promoting-DevofIPinLAC.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2011.
- DINIZ, E. Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. *São Paulo em Perspectiva*, 10(4): 13-26, 1996.
- DODGE, R. E. F. Saúde indígena. *Boletim dos Procuradores da República*, 2: 21-24, 1998.
- DODGE, R. E. F. Povos indígenas: direito, ética e controle social. *Boletim dos Procuradores da República*, 38: 14-18, 2001.
- DRAIBE, S. A política social no governo FHC e o Sistema de Proteção Social. *Tempo Social USP*, 15(2): 63-101, 2003.
- DRUCK, G. & FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. *Lusotopie*, 14(2): 133-146, 2007.
- FALCÃO MARTINS, H. Em busca de uma teoria da burocracia pública não estatal: política e administração no Terceiro Setor. *Revista de Administração Contemporânea*, 2(3): 109-128, 1998.
- FERNANDES, R. *Privado Porém Público: o Terceiro Setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- FLEURY, S. & OUVENEY, A. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática das políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, 21: 211-259, 2000.
- GARNELO, L. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. In: SCHERER, E. & OLIVEIRA, J. A. (Orgs.). *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- GARNELO, L. & ESCOBAR, A. L. Compasso e descompasso da Política de Saúde Indígena no Brasil contemporâneo: rumamos para a municipalização? In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA



- DO MERCOSUL. MR03 – POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E DIREITOS ÉTNICOS NA AMÉRICA DO SUL TRABALHO, VII, 2007, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre, 2007.
- GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1): 311-318, 2003.
- GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.217-1.223, 2005.
- GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas Públicas no Brasil*. Brasília: Opas, 2003.
- GERSCHMAN, S. S. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud: un balance del final del milenio. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 293-302, 1999.
- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.
- HOFFMANN, M. B. *et al.* Administração pública e os povos indígenas. In: ROCHA, D. & BERNARDO, M. (Orgs.). *A Era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Inesc, 2004.
- IVO, A. B. L. A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2): 57-67, 2004.
- JOBERT, B. & MULLER, P. *L'État en Action*. Paris: PUF, 1987.
- KINGDON, J. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, 1984.
- LANGDON, E. J. Diversidade cultural e os desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. *Saúde e Sociedade*, 16: 7-12, 2007.
- LANGDON, E. J. & DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 16: 19-36, 2007.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.
- LIMA, N. T. & MAIO, M. C. Ciências sociais e educação sanitária: a perspectiva da Seção de Pesquisa Social do Serviço Especial de Saúde Pública na década de 1950. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 17(2): 511-526, 2010.
- LOPES, J. R. Terceiro Setor: a organização das políticas sociais e a nova esfera pública. *São Paulo em Perspectiva*, 18(3): 57-66, 2004.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.367-2.382, 2010.
- MARQUES, R. M. & MENDES, A. O governo Lula e a contrarreforma previdenciária. *São Paulo em Perspectiva*, 18(3): 3-15, 2004.

- MARQUES, R. M. & MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista Katálysis*, 10(1): 15-23, 2007.
- MORAES, H. F. *Sucam: sua origem, sua história*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- MULLER, P. *Les Politiques Publiques*. Paris: PUF, 1990.
- OLIVEIRA FILHO, J. P. *Ensaio em Antropologia Histórica*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1999a.
- OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.) *A Viagem da Volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999b.
- OLIVEIRA FILHO, J. P. Cidadania e globalização: povos indígenas e agências multilaterais. *Horizontes Antropológicos*, 6(14): 125-141, 2000.
- PASCHE, D. F. *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(6): 416-422, 2006.
- PONTES, A. L. & GARNELO, L. A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade. *In: PINHEIRO, R. & SILVA JR., A. G. (Orgs.) Por uma Sociedade Cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/Uerj, 2010.
- RAGGIO, A.; PINTO, N. P. & MORAES, P. Análise da gestão. *In: ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES (SSL); INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES (IDS) & CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). Consultoria para Definição e Implementação de Metas e Modelos de Atenção, Organização, Gestão, Financiamento e Monitoramento & Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena: 2008/2009*, 2008. CD-ROM.
- SANTOS, R. V. *et al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. *Ciência e Cultura*, 55(1): 44-47, 2003.
- SILVA, Z. P. O município e a descentralização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 10(3): 81-87, 1996.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 8(16): 20-45, 2006.
- SOUZA LIMA, A. C. Sobre indigenismo, autoritarismo e nacionalidade: considerações sobre a constituição do discurso e da prática da proteção fraternal no Brasil. *In: OLIVEIRA, J. P. (Org.). Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro, São Paulo: Ed. UFRJ, Marco Zero, 1987.
- SOUZA LIMA, A. C. *Um Grande Cerco de Paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- TEIXEIRA, C. C. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnográfica*, 12(2): 323-351, 2008.

- TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5: 31-51, 1991.
- UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 417-437, 2003.
- VARGA, I. D. Indigenismo sanitário? Instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Campo (USP)*, 2(2): 132-142, 1992.
- VARGA, I. D. Fronteiras da urbanidade sanitária: sobre o controle da malária. *Saúde e Sociedade*, 6(1): 28-44, 2007.
- VARGA, I. D. Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, 129(2): 167-171, 2010.
- VARGA, I. D. & ADORNO, R. C. F. Terceirizando a indianidade? Sobre a Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, aos '500 anos'. *Revista de Direito Sanitário*, 2(1): 9-26, 2001.
- VARGA, I. D. & VIANA, R. L. Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão: crônicas de um desastre anunciado. *Revista de Direito Sanitário*, 9(3): 133-149, 2009.
- VERDUM, R. Avanços e retrocessos da política indigenista. *Boletim Orçamento & Políticas Socioambientais*, 12: 1-12, 2005.
- VERDUM, R. *Orçamento de Ação Indigenista do Governo Federal em 2008*. Inesc Nota Técnica, n. 148, 2009a. Disponível em: <[www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/notas-tecnicas/nts-anteriores/nts-2009/NT.%20148%20-%200%20orcamento%20da%20acao%20indigenista%20do%20governo%20federal%20em%202008.pdf/view](http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/notas-tecnicas/nts-anteriores/nts-2009/NT.%20148%20-%200%20orcamento%20da%20acao%20indigenista%20do%20governo%20federal%20em%202008.pdf/view)>. Acesso em: 20 jun. 2011.
- VERDUM, R. El indigenismo brasileño en tiempos de multiculturalismo. *Alteridades*, 18(35): 33-46, 2009b.
- VERDUM, R. Povos Indígenas no Brasil: o desafio da autonomia. In: VERDUM, R. (Org.). *Povos Indígenas: constituições e reformas políticas na América Latina*. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2009c.
- VERDUM, R. *Orçamento Indigenista da União no PPA 2008-2011*, s.d. Disponível em: <[www.cimi.org.br/pub/publicacoes/1222438549\\_orcamento%20ppa.pdf](http://www.cimi.org.br/pub/publicacoes/1222438549_orcamento%20ppa.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2011.
- VIANA, A. L. D. & BAPTISTA, T. W. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C.R. & LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1): 58-68, 2003.
- VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. & OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.): 139-151, 2002.

VIEIRA, F. S. Descentralização da política de saúde no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental*, 7(2): 27-42, 2008.

---

Formato: 21 x 26 cm  
Tipologia: Baskerville Win95BT  
Papel: Pólen bold 70g/m<sup>2</sup> (miolo) e Cartão Supremo 250g/m<sup>2</sup> (capa)  
CTP, impressão e acabamento: Imo's Gráfica e Editora Ltda.  
Rio de Janeiro, novembro de 2014.

Não encontrando nossos títulos em livrarias,  
contactar a EDITORA FIOCRUZ:  
Av. Brasil, 4036 – térreo – sala 112 – Manguinhos  
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ  
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9007  
Telefax: (21) 3882-9006  
editora@fiocruz.br  
www.fiocruz.br/editora